

377/27

METHODENKRITISCHER ÜBERBLICK ÜBER
MEDIZINISCH - PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSVERFAHREN
BEI SEXUELLEN FUNKTIONSTÖRUNGEN DES MANNES,
UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER METHODIK
DER UNTERSUCHUNGEN UND DER THERAPIEKRITERIEN (ERFOLGSMESSUNG)

MICHAEL WELSCHHOLD

1985

Diss
München
1985



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554620_0100

Aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München

Geschäftsführender Direktor:

Prof. Dr. med. D. Ploog

Leiter der Psychologischen Abteilung:

Prof. Dr. med., Dr. rer. nat., Ph. D., J. C. Brengelmann

METHODENKRITISCHER ÜBERBLICK ÜBER MEDIZINISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHE
BEHANDLUNGSVERFAHREN BEI SEXUELLEN FUNKTIONSTÖRUNGEN DES MANNES,
UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER METHODIK DER UNTERSUCHUNGEN
UND DER THERAPIEKRITERIEN (ERFOLGSMESSUNG)

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin an der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von Michael Welschehold
aus Lüdenscheid

München 1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. J. C. Brengelmann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 25. 04. 85

METHODENKRITISCHER ÜBERBLICK ÜBER MEDIZINISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGSVERFAHREN BEI SEXUELLEN FUNKTIONSTÖRUNGEN DES MANNES, UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER METHODIK DER UNTERSUCHUNGEN UND DER THERAPIEKRITERIEN (ERFOLGSMESSUNG)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Einleitung	
Ziel der vorliegenden Arbeit	1
B. Allgemeiner Teil	2
B. I Darstellung der Problematik sexueller Funktionsstörungen	2
1.1. Bedeutung sexueller Funktionsstörungen	3
1.2. Epidemiologie	7
2. Soziokulturelle Einflüsse auf das Sexualverhalten	12
2.1. Sexualnorm - Wesen, Bedeutung und Erscheinung aus der Sicht ihrer Entwicklung	12
2.2. Sexualnorm heute; 'Liberalisierung'; Rolle der Wissenschaft	21
3. Tabuisierung und ihre Folgen	30
4. Wahrnehmung sexueller Funktionsstörungen durch Arzt, Patient und Partner	32
B. II Sexualfunktion beim Mann	36
1. Physiologie	36
2. ZNS und sexuelle Reaktion	39
3. Endokrinologie der sexuellen Reaktion	40
B. III Sexuelle Funktionsstörung - Psychosomatische Erkrankung	43
1. Ätiologie	44
1.1. Organische Ursachen	46
1.2. Psychosoziale Ursachen	48
2. Arbeits- und Therapiemodelle in der Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung bei sexuellen Funktionsstörungen	56

2.1.	Verhaltenstherapie	
2.1.1.	Arbeitsmodell	57
2.1.2.	Therapiemodell	59
2.2.	Psychoanalyse	
2.2.1.	Arbeitsmodell	60
2.2.2.	Therapiemodell	62
2.3.	Kommunikationstherapie	
2.3.1.	Arbeitsmodell	64
2.3.2.	Therapiemodell	65
2.4.	Gesprächspsychotherapie	
2.4.1.	Arbeitsmodell	66
2.4.2.	Therapiemodell	68
C.	Spezieller Teil	
C. I	Einteilung der sexuellen Funktionsstörungen beim Mann	70
C. II	Beurteilungskriterien	71
C. III	Untersuchung	
1.	Erektionsstörungen	73
1.1.	Definition	73
1.2.	Symptomatik	75
1.3.	Ätiopathogenese	76
1.4.	Medizinischer Behandlungsansatz	77
1.4.1.	Diagnostik	78
1.4.2.	Behandlungsmethoden	83
1.5.	Psychotherapeutische Behandlungsansätze	87
1.5.1.	Bewertung	135
2.	Ejaculatio praecox	139
2.1.	Definition	139
2.2.	Symptomatik	140
2.3.	Ätiopathogenese	140
2.4.	Medizinischer Behandlungsansatz	141
2.4.1.	Diagnostik	141
2.4.2.	Behandlungsmethoden	141
2.5.	Psychotherapeutische Behandlungsansätze	143
2.5.1.	Bewertung	154

3.	Ejaculatio deficiens	156
3.1.	Definition	156
3.2.	Symptomatik	157
3.3.	Ätiopathogenese	157
3.4.	Medizinischer Behandlungsansatz	158
3.4.1.	Diagnostik	158
3.4.2.	Behandlungsmethoden	158
3.5.	Psychotherapeutische Behandlungsansätze	160
3.5.1.	Bewertung	165
C. IV	Schluß	167
1.	Zusammenfassung des Literaturüberblicks	167
2.	Diskussion der Schwierigkeiten und Grenzen der Psychotherapie funktioneller Sexualstörungen - Kritik der 'Sexualtherapie'	177
D.	Ausblick	184
D. I	Bestehende Auswege und Arbeitsansätze	184
D. II	Forderungen an eine künftige Sexualmedizin und -therapie	187
1.	Formale Forderungen	187
2.	Inhaltliche Forderungen	190
D. III	Zur Frage der Prävention - Welche Rolle spielt Sexualaufklärung?	193
Anhang:	Tabelle 1	196
	Tabelle 2	198
	Zur Interpretation der Tabellen 3 und 4	200
	Tabelle 3	201
	Tabelle 4	203
	Fig. 1	205
	Fig. 2	206
	Fig. 3	207
	Fig. 4	208
	Fig. 5	209
	Autorenregister; Studien zu Erektionsstörungen	210
	Autorenregister; Studien zu Ejaculatio praecox	212
	Autorenregister; Studien zu Ejaculatio deficiens	213

A. Einleitung

Ziel der vorliegenden Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird ein Überblick über die bis heute in der medizinischen und psychologischen Literatur berichteten Untersuchungen zur medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung von sexuellen Funktionsstörungen beim Mann gegeben. Dabei wird besonderer Wert auf die methodenkritische Prüfung dieser Behandlungsansätze gelegt; als Instrument dazu dient ein Kriterienkatalog (s. C. II).

Um jedoch die Problematik sexueller Funktionsstörungen und ihrer psychotherapeutischen Behandlungsansätze nicht isoliert von ihren Bedingungen sowie Auswirkungen zu betrachten, um in der vorgefundenen Literatur aufgeworfene Fragen, die über den Kern dieser Arbeit hinausgehen, zu berücksichtigen und um für das Verständnis des Inhaltes der methodenkritischen Untersuchung wesentliche Zusammenhänge nicht auszulassen, wird dem Hauptteil C. ein allgemeiner Teil B. vorangestellt. In diesem Abschnitt soll auf die Bedeutung sexueller Funktionsstörungen sowie soziokulturelle Einflüsse auf das Sexualverhalten aufmerksam gemacht werden.

Weiter stelle ich Physiologie, zentralnervöse und endokrinologische Grundlagen der Sexualfunktion beim Mann dar. Schließlich wird ein Überblick über Arbeits- und Therapiemodelle der Psychotherapie gegeben.

B. Allgemeiner Teil

B. I Darstellung der Problematik sexueller Funktionsstörungen

Wenn im folgenden von der Problematik sexueller Funktionsstörungen die Rede sein wird, so geht es hier um zwei Aspekte:

Zum einen sollen Hinweise auf die Implikationen gegeben werden, die mit dem Tatbestand des Vorkommens sexueller Funktionsstörungen fast zwangsläufig verbunden sind, Implikationen, die sich sowohl für das betroffene Individuum ergeben als auch für seine Umgebung. Dazu gehört zumindest das grobe Umreißen des Feldes, auf dem sexuelle Funktionsstörungen sich entwickeln und bestehen.

Zum anderen sollen Schwierigkeiten aufgezeigt werden, die sich aus der Auseinandersetzung mit dem Thema ergeben. Es scheint gerechtfertigt, dies bereits an dieser Stelle zu tun, weil damit die Verständnisgrundlage für die im Hauptteil anstehende Untersuchung erweitert und zugleich problematisiert wird.

Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird dabei nicht erhoben; dies läge weder im Bereich der Fragestellung dieser Arbeit noch könnte der formale Rahmen eingehalten werden. Was mich dennoch bewogen hat, einiges zur Problematik der sexuellen Funktionsstörungen zu sagen, ergab sich aus den vielen mehr oder minder offenen Fragen, die von den meisten Autoren, die sich mit Diagnostik und Therapie sexueller Funktionsstörungen beschäftigen, aufgeworfen werden. Es geht hier um das Aufzeigen von Berührungspunkten mit anderen Fachgebieten, um deren inhaltliche Zusammenfassung zu Problemfeldern und um die Darstellung der Tendenzen solcher Fragen.

Unter dem Begriff 'sexuelle Funktionsstörungen' sollen zunächst mit Arentewicz/Schmidt (12) diejenigen Beeinträchtigungen sexuellen Verhaltens und Erlebens verstanden werden, die mit ausbleibenden, verminderten oder atypischen genitalphysiologischen Reaktionen (beim Mann: Erektion, Ejakulation) einhergehen. Kockott (132) versteht darunter die Unfähigkeit, aufgrund ungenügender physiologischer oder psychischer Reaktionen auf sexuell übliche Reize zu einem Sexualleben zu gelangen, das für beide Teile einer Partnerschaft befriedigend ist.

Springer-Kremser (293) schließlich versteht unter sexuellen Funktionsstörungen bei Mann und Frau eine am Ausführungsorgan manifest werdende zentrale Hemmung. "Dabei muß eine normale Funktionseinschränkung - etwa im Rahmen einer allgemeinen körperlichen Erkrankung - von einer stärkeren Hemmung abgegrenzt werden. Wenn die Funktion ungewöhnlich abgeändert ist - wie bei der primären Impotenz" - "dann handelt es sich um ein Symptom." (ebd., S. 220).

Im folgenden sind mit 'Sexualstörungen' Störungen der Funktion gemeint.

1.1. Bedeutung sexueller Funktionsstörungen

Um die Bedeutung sexueller Funktionsstörungen zu erfassen, ist es hilfreich, einige Überlegungen zur ungestörten Sexualfunktion anzustellen: "An individual's sexuality may be defined as the sum of his inherited make-up, life experiences, knowledge, behavior and attitudes as they relate to his gender. Healthy sexuality stems from the integration of the somatic, emotional, intellectual, social, and ethical aspects of sexual being. Its effect should be to enhance the development of personality, interpersonal relationships and love.

Sexual health is recognized today as an essential part of every individual's life experience, and is rapidly becoming a legitimate concern of the health and allied professions." (Calderone¹).

Nach Bancroft (17) ist die Aufmerksamkeit für Sexualität und sexuelle

¹ Calderone, M. et al.: Sexual Health; in: Lief, H. (1961), S. 35

Probleme in der westlichen Welt gestiegen, bedingt durch den Vorgang, der vor allem von europäischen Autoren als 'Liberalisierungsprozeß' bezeichnet wird. Zwar gehen die Einschätzungen dieser 'Liberalisierung' und der in ihrem Gefolge aufgetretenen Veränderungen bezüglich des sexuellen Verhaltens zum Teil beträchtlich auseinander (s.u.); daß sich aber Veränderungen vollzogen haben, findet z.B. seinen Ausdruck in einer vermehrten wissenschaftlichen Beschäftigung mit Fragen, die sich um das Thema Sexualität anordnen. Seit Erscheinen Kinseys (1953) grundlegender Arbeit läßt sich eine intensive Auseinandersetzung mit zunehmend spezifischen Problemen auf wissenschaftlicher Ebene vermerken.

Schließlich waren es Masters und Johnson (1966), die als erste "den Mut und die Vernunft hatten, die sexuelle Reaktion des Menschen als natürliche biologische Funktion zu betrachten, und die männliches und weibliches Sexualverhalten unter genau den gleichen Laboratoriumsbedingungen beobachteten, unter denen auch andere biologische Systeme wie Verdauung und Atmung untersucht werden." (Kaplan (1966 a), S. 8). Seitdem geht die Zahl wissenschaftlicher Untersuchungen und Veröffentlichungen jährlich in die Hunderte.

Dabei findet eine Bearbeitung des Gegenstandes Sexualität - unter dem jeweiligen Aspekt des Faches - heute nicht nur in der Medizin, sondern in bald jeder Humanwissenschaft statt; nach Fricker (1964) ein Hinweis dafür, wie zentral Sexualität im menschlichen Leben steht, und daß sie sich doch einer einfachen Definition, "wie alle umfassenden, das menschliche Dasein tragende Phänomene" (Bräutigam (1969), S.1) entzieht.

Die zentrale Stellung der Sexualität läßt ihre von der Gesamtpersönlichkeit des Menschen isolierte Betrachtung unmöglich erscheinen. (Last (1964)). So betonen beinahe alle Autoren die Bedeutung der Sexualität, "einer Dimension der Persönlichkeit und zugleich eine ihrer Ausdrucksformen" (Masters/Johnson (1966), S. 12), in Bezug auf die Entfaltung der Persönlichkeit und ihrer Kräfte in anderen Daseinsbereichen. "Dort erzielte Erfolgserlebnisse induzieren wiederum positiv das Leben zu zweit und in der Familie." (Schnabl (1964), S. 430). Sexualität ist "keine bloße Lustfunktion, nicht lediglich ein Mittel des Daseinsgenusses (ist), sondern ein wesentliches Element der harmonischen Persönlichkeitsentwicklung..." (ebd., S. 29). "Wir wissen indessen aus klinischer Erfahrung, daß gerade

der erotisch erfüllte, von sexuellen Spannungen, Verdrängungen und Frustrationen entlastete Mensch in besonderem Maße frei wird für nichtsexuelle Leistungsanforderungen, daß er ausgeglichener ist, sich eher interessiert.." (ebd., S. 21). Schnabl (264) stellt fest, "daß Menschen, die ein erfülltes Geschlechtsleben führen, durchschnittlich in doppelt so großer Zahl mit sich und dem eigenen Leben zufrieden sind als jene, die sexuell keine Beglückung finden, Potenzschwierigkeiten haben oder abstinert leben müssen" (ebd., S. 421). Damit erhält nach Schnabls Meinung Sexualität den Rang eines sozialen und kommunikativen Phänomens und wird "eine gesellschaftlich eminent relevante Angelegenheit" (ebd., S. 18).

Doch weiter sagt Schnabl (264), daß wir uns der Bedeutung und des Wesens der Sexualität kaum bewußt werden, solange sie funktioniert. "Sobald aber Probleme auftauchen, Schwierigkeiten entstehen, sich Störungen einstellen, rückt die bis dahin scheinbar unwichtige oder nebensächliche Angelegenheit in den Vordergrund des Bewußtseins, beansprucht sie unsere Aufmerksamkeit und wird eine uns ernsthaft beschäftigende Frage. Die Bedeutung irgendeiner Erscheinung läßt sich daher am besten nach dem beurteilen, was geschieht, wenn sie ausfällt oder gestört ist." (ebd., S. 19).

Die vermehrte Beachtung und größere Bedeutungszuteilung der Sexualität wird einsichtig, wenn sie auf diese Weise mit positiver Lebensqualität verknüpft wird, wenn von ihren Verwirklichungsmöglichkeiten auch Funktionen in allen anderen Lebensbereichen abhängen. Dies wird widergespiegelt durch Schenks (252) Befragung, nach der Sexualität von 52% der Frauen bzw. 76% der Männer für das Leben als wichtig bis sehr wichtig erachtet wird.

Daß Sexualität über ihre biologische Funktion, ihren subjektiven Erfahrungs- und Erlebnisinhalt und ihre interpersonale Gebundenheit als umfassende, die die menschlichen Beziehungen tragende Motivation hinaus oft weitere Inhalte erhält, hebt in kritischen Betrachtungen beispielsweise Richter (243) hervor. Für ihn erfüllt Sexualität in der heutigen Gesellschaft die Rolle eines "entschädigenden Kontrastprogramms:" "Je mutloser, isolierter und entfremdeter sich Menschen in dieser Gesellschaft fühlen, um so eher sind sie versucht, sich kompensatorisch an Lustquellen zu klammern, die sie selber zumindest halbwegs manipulieren können." (ebd., S.210). "Sexualität und das Anfangsstadium von Beziehungen ist oft eine der wenigen

Möglichkeiten, dies (die Frage des Menschen danach, was er eigentlich sei; der Verfasser) wenigstens kurze Zeit zu spüren, zu fühlen, daß er wichtig ist für jemand anderen." (Schmidt, in: Arentewicz/Schmidt (12), S. 3). Schmidt meint, "daß Beziehungen und Sexualität für alles herhalten können und müssen, was an Sinnleere, Enttäuschung, Langeweile und Selbstzweifeln erlebt wird." (Schmidt, ebd., S. 3).

Von dieser Einschätzung ausgehend ist der Schritt nur klein bis zum Erkennen der Tatsache, daß ein gestörtes Sexualleben, eine gestörte Sexualfunktion schwerwiegende Folgen für das betroffene Individuum, für Partnerschaft und letztlich auch Gesellschaft haben kann. "Hinter sexuellen Problemen steht oft ein Leidensdruck, der weit über das Vermissten von Lust und Befriedigung hinausgeht: eine Angst vor Ungeliebtsein, Verlassenwerden und Einsamkeit; eine tiefe Verunsicherung des Selbstwertgefühls; sich gedemütigt und geschunden fühlen in seiner Männlichkeit oder Weiblichkeit." (Schmidt, ebd., S.1).

Auf die schweren Beeinträchtigungen, die in sexuell gestörten Beziehungen lebende Menschen fühlen, weisen viele Autoren hin, die sich mit Therapiemöglichkeiten sexueller Funktionsstörungen beschäftigen (z.B. Bräutigam (29); Kockott (132)):

Sexuelle Störungen führen oft zu erheblichen psychischen Krisen mit Depressionen, die bis zum Selbstmord gehen können: Gestörte fühlen sich als Versager. Eicher (61) spricht die Gefährdung der Ehe an, die sexuelle Funktionsstörungen mit sich bringen können. Diese Auffassung wird untermauert durch eine Statistik aus der DDR, wo 1968 sexuelle Schwierigkeiten mit 12% an vierter Stelle der zur Scheidung führenden Zerrüttungsursachen lag (Schnabl (264)). Eine Untersuchung von Frank (78) zeigt, daß 33% aller Männer "sexual dissatisfaction" (S. 111) als eine Bedrohung ihrer Ehe empfinden.

Sogar Zusammenhänge zwischen sexuellen Funktionsstörungen und Infertilität (Amelar et al. (3); Walker (314)) bzw. Geschlechtskrankheiten (Bramley (30)) werden diskutiert und daraus die Notwendigkeit einer Therapie abgeleitet.

Umgekehrt kann man weiter mit Dörner (59) feststellen, daß Sexualität "der empfindlichste Anzeiger für das Befinden eines Menschen ist" (ebd., S. 219). Denn Sexualität unterliegt beim Menschen nach Angermann¹ einer

¹Angermann, I.: Psychodynamik und Psychotherapie der gestörten Sexualität, in: Eicher (62), S. 389 - 434

intensiven Integration in nahezu alle psychischen Funktionen und Bereiche durch die potentiell permanente Fähigkeit zum sexuellen Vollzug.

Es soll festgehalten werden, daß die starken Auswirkungen sexueller Störungen auf andere Lebensbereiche verständlich wird, wenn man sich vergewärtigt, daß die Sexualität ein sehr komplexes Phänomen ist.

Kinsey (130) stellt fest, daß im Sexualverhalten des Menschen biologische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt sind; sie alle wirken gleichzeitig und das Endergebnis ist ein einziges zur Einheit verschmolzenes Phänomen, das seiner Natur nach nicht nur biologisch, psychologisch oder sozial ist. Ein Zusammenspiel dieser Faktoren ist also Voraussetzung für ein erfülltes sexuelles Erleben und Verhalten, für die Fähigkeit zur Partnerschaft und sexuellen Funktionsfähigkeit.

1.2. Epidemiologie

Neuere Zahlenangaben über die Häufigkeit von sexuellen Funktionsstörungen finden sich bei vielen Autoren; allerdings stützen sich solche Angaben meist auf Schätzungen, die sich aus der klinischen bzw. praktischen Erfahrung mit sexuell gestörten Patienten ergeben. Dabei ist zu berücksichtigen, daß je nach Fachdisziplin das Vorkommen sexueller Funktionsstörungen stark schwankend angegeben wird. Dies läßt sich auf die einfache Tatsache zurückführen, daß beispielsweise psychiatrisch tätige Ärzte ein vorselektiertes Patientengut sehen und dementsprechend über

die weitaus häufigsten Konfrontationen mit sexuell gestörten Patienten berichten (Burnap (34)). Aus Burnaps Untersuchung geht hervor, wie hoch andere Fachdisziplinen das Vorkommen von Patienten mit 'sexual problems' einschätzen: Urologen, Gynäkologen sowie Allgemeinmediziner ordnen im Schnitt 15% all ihrer Patienten in diese Rubrik ein.

Ebenfalls aus einer Befragung von Medizinern mehrerer Fachrichtungen stammen Zahlen von Schorsch (269), wonach 30% dieser Ärzte einmal pro Woche einen Patienten mit dem Hauptsymptom Erektionsstörung sehen, beinahe ebensoviele registrieren im gleichen Zeitraum dieses Krankheitsbild als Nebensymptom. Entsprechende Zahlen für Ejaculatio praecox liegen bei 17% bzw. 10%. Die von Schorsch (269) ermittelten Zahlen zeigen, daß der Überwiegende Teil - nämlich 95% - der Patienten mit sexuellen Problemen über sexuelle Funktionsstörungen klagt und nicht über sexuelle Abweichungen - dies sind lediglich 5%. Der Autor unternimmt anhand der von ihm gewonnenen Daten den Versuch, die Anzahl von Patienten 'hochzurechnen', die in Hamburg pro Woche einen Arzt wegen ihrer sexuellen Problematik aufsuchen; er kommt schließlich zu der Aussage, daß allein in Hamburg die Patientenzahlen in die Zehntausende gehen.

Pacharzina (217) befragte nur Allgemeinmediziner zum Vorkommen sexueller Störungen bei ihren Patienten. 20% von ihnen waren der Auffassung, daß 40% bis 100% ihrer Patienten unter solchen Störungen leiden.

Raboch (233) fand unter 334 untersuchten männlichen Patienten mit sexuellen Problemen eine Verteilung auf zwei Altersgipfel: den ersten, größeren zwischen 21 und 30 Jahren, einen zweiten, kleineren zwischen 41 und 50 Jahren. Erektionsstörungen lagen bei insgesamt 65,5% der Patienten vor, kombinierte Störungen der Erektionsfähigkeit mit Neigung zu Ejaculatio praecox bei 15,3%, vorzeitiger Samenerguß allein bei 11,4%.

Direkte Befragungen an - bezüglich eines Symptoms - nicht vorselektierten Populationen ergaben bei Schnabl (264) ein Vorkommen sexueller Störungen bei insgesamt 67% (Kategorien: selten/gelegentlich/oft) aller Männer, wobei vorzeitiger Samenerguß (30%), mangelhafte Erektion (20%) und beide Störungen kombiniert (15%) die häufigsten Störungen waren. Diese Zahlen werden von Kockott (132) übernommen.

Bei von Frank (78) befragten, sogenannten normalen Paaren - womit die Autorin lediglich feststellen will, daß diese Paare bislang nicht wegen eines sexuellen Problems in Behandlung waren - geben 60% der Männer keine Funktionsstörung an, 32% eine, 7% zwei und 1% drei Störungen; 50% der Männer aber klage über 'sexual difficulties'.

Über eine Verlagerung von 'leichteren' zu 'schwereren' Fällen von sexuellen Funktionsstörungen berichtet Kaplan (in: Masters/Johnson (188)). Diese Einschätzung resultiert aus der Analyse von Therapieversagern.

Insgesamt läßt sich sagen, daß eine stetige Zunahme sowohl quantitativer wie qualitativer Art bei sexuellen Funktionsstörungen von beinahe allen Autoren postuliert wird - ja sie befürchten eher eine Unterschätzung der Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen. Diese Beobachtung ist erwähnenswert vor allem unter Berücksichtigung der oben dargestellten Bedeutung sexueller Funktionsstörungen sowie der Tatsache, daß die hier zitierten Autoren diese tendenziell übereinstimmenden Angaben machen, obwohl sie von unterschiedlichen Fragestellungen her kommen.

Allerdings müssen die epidemiologischen Angaben in mehrfacher Hinsicht kritisch betrachtet werden (eine detaillierte Analyse bzw. ein bis in die Einzelheiten reichender Vergleich kann hier nicht geleistet werden; so treffen die folgenden Bemerkungen nicht auf alle oben zitierten Arbeiten gleichermaßen zu, es geht mir vielmehr darum, einige allgemeine Bedenken zu Untersuchungen dieser Art zusammenzufassen):

- es wird nichts ausgesagt über den tatsächlichen Krankheitswert einer 'Störung' oder 'Schwierigkeit' für den betroffenen 'Patienten' (Frank (78) gibt dies in ihrer Untersuchung zu; S. 115);
- die Symptomatik wird entweder nicht überprüft oder es liegen dazu keine Angaben vor;
- die befragten Populationen sind nicht repräsentativ oder es handelt sich nur um Rückschlüsse (wenn etwa Ärzte nach der Häufigkeit von sexuellen Funktionsstörungen bei ihren Patienten befragt werden);
- die Untersuchungen sind entweder mangelhaft hinsichtlich der Gründlichkeit, mit der nach sexuellen Funktionsstörungen gefragt wird oder machen dazu keine Angaben;
- Einschätzungen mancher Autoren (s.u.) etwa, daß sexuelle Störungen

von anderen - funktionellen - Störungen überdeckt sein können, die eigentlichen sexuellen Funktionsstörungen damit maskiert werden, finden in den meisten epidemiologischen Studien keine Berücksichtigung.

Wie unterschiedlich und ungenügend die im einzelnen gemachten Angaben auch sein mögen, wie sehr die Meinungen verschiedener Autoren selbst darüber auseinandergehen, ob sexuelle Funktionsstörungen überhaupt häufiger vorkommen als vor zwanzig oder fünfzig Jahren, die Zahl der Patienten, die heute Rat bzw. Therapie sucht wegen sexueller Funktionsstörungen, hat zweifellos zugenommen.

Zusammenfassend ist an dieser Stelle festzuhalten:

- die Betonung der Komplexität und zentralen Stellung des Phänomens Sexualität: die Vielschichtigkeit der sie beeinflussenden Faktoren sowie ihre Verwobenheit mit allen anderen Lebensbereichen;
- damit die besondere Bedeutung der Sexualität für den Einzelnen in seinem Lebenszusammenhang;
- für den sexuell gestörten Patienten wiederum die vielfältigen Folgen, die sich aus seiner Störung ergeben;
- die daraus ableitbaren Forderungen an den therapeutisch Tätigen: vermehrte, umfassende Aufmerksamkeit für diesen Patienten und sein Problem;
- dies vor allem in Anbetracht der festgestellten zunehmenden Häufigkeit sexueller Funktionsstörungen.

All diese Folgerungen, vor allem aber das gehäufte Vorkommen, fordern geradezu eine Auseinandersetzung mit denjenigen Einflüssen, die die bisher dargestellten Charakteristika von Sexualität und ihren Störungen so und nicht anders geprägt haben. Die Sexualität erhält ihre herausragende Stellung dadurch, daß mit ihrer Bedeutung gewisse Werte und Wertungen verbunden sind. Diese Werte wiederum, auf Grund deren die Bedeutungseinteilung erfolgt, sind nicht zufällig, - so oder so -; eine 'Liberalisierung' etwa ist nicht eine Liberalisierung per se, sondern die Inhalte dieses und anderer Begriffe sind nur verstehbar und definierbar auf dem Boden eines größeren sozio-kulturellen Zusammenhanges. Wer mit diesen Begriffen

umgeht, mit ihnen arbeitet, wird sich zwangsläufig mit den angesprochenen Zusammenhängen auseinandersetzen müssen.

Hieraus folgt, daß es unumgänglich und vonnöten ist, den Hintergrund jener Bedeutungserteilung für Sexualität und ihre Störungen darzustellen. Das Verständnis 'normaler' Sexualität, ihrer Merkmale und ihrer Bedingungen muß hinterfragt werden und steht dort zur Debatte, wo es zum Maßstab therapeutischen Vorgehens bei sexuellen Funktionsstörungen wird: Welches ist die Norm der Sexualität, die eine Änderung der Funktion zur Störung werden läßt und gleichzeitig das therapeutische Eingreifen und Handeln bestimmt?

Was im folgenden über sozio-kulturelle Einflüsse zu sagen sein wird, erstreckt sich dementsprechend über den gesamten Bereich der Sexualität, d.h. von der Auffassung der sogenannten normalen (= ungestörten) Sexualität bis hin zu den Funktionsstörungen.

2. Soziokulturelle Einflüsse auf das Sexualverhalten

Die Beschäftigung mit den soziokulturellen Einflüssen auf das Sexualverhalten ist im obigen Sinn notwendig und für viele Autoren selbstverständlich: kaum eine der umfangreicheren Veröffentlichungen läßt den Leser einige Bemerkungen dazu vermissen. Der Umfang und die Art der Auseinandersetzung lassen hingegen oft zu wünschen übrig: Begriffe wie 'Norm', 'Moral', 'Tabu' etc. werden benutzt, ohne den Versuch zu unternehmen, ihnen einen definierten Inhalt zukommen zu lassen oder zu differenzieren. Häufig bleibt es bei - lapidaren - Feststellungen wie: Es gibt eine Sexualnorm. Solche Aussagen sind weder hilfreich noch kritisch und müssen den engagierten Leser enttäuschen sowie viele Fragen bei ihm offen lassen.

Um mich nicht dem gleichen Vorwurf auszusetzen, möchte ich einen Überblick geben über die Gedanken, Vorstellungen und Ergebnisse einiger Autoren, die sich zu diesen Zusammenhängen geäußert haben.

2.1. Sexualnorm - Wesen, Bedeutung und Erscheinung aus der Sicht ihrer Entwicklung

Geschichtlich ist die Wurzel der Sexualität in der im Prozeß der Anpassung an die jeweiligen Lebensbedingungen erfolgten phylogenetischen Differenzierung der Lebewesen in zwei Geschlechter zu suchen (Schmahl (264)). Die Situation des Menschen ist weiter dadurch gekennzeichnet, daß er eine durchgehende sexuelle Erregbarkeit zeigt.

Auf dem Boden der Differenzierung in zwei Geschlechter einerseits und der beim Menschen permanent vorhandenen Möglichkeit zum sexuellen Vollzug andererseits entwickelten sich Regulative im Hinblick auf sexuelles Verhalten.

ten, die nach Bräutigam (29) vor allem folgende Bereiche umfassen:

"1. Die Geschlechtsrollen; 2. die Formen des sexuellen Zusammenlebens; 3. die Einstellung gegenüber sexuellen Varianten und Abweichungen. Die Formung und Bewertung der Geschlechtsrollen war von frühzeitlichen Zuständen an durch die wirtschaftlichen Verhältnisse und die dadurch nahegelegte Arbeitsteilung bestimmt." (ebd., S. 17). Dabei kam es - nacheinander - zu durchaus konträren Erscheinungsweisen des sexuellen Zusammenlebens, determiniert von den jeweiligen kulturellen und sozialen Zusammenhängen. Die Bewertung sexueller Verhaltensweisen variierte entsprechend den gegebenen Verhältnissen und ebenso wandelten sich die religiösen und sozialen Reaktionen.

Bei aller Unterschiedlichkeit sind jedoch bestimmte Stereotypen in der Diskussion um die Geschlechtsunterschiede vorherrschend und spiegeln zugleich bestimmte Abhängigkeitsverhältnisse und auch politische Machtverhältnisse wider; diese Stereotype führen nach Bräutigam (29) in typische Sackgassen, die vor allem in folgenden Punkten liegen:

- einzelne Wesensmerkmale werden als männlich oder weiblich charakterisiert (z.B.: Aktivität - Passivität; Vernunft - Triebhaftigkeit; Wille - Eshaftigkeit)
- die Differenz zwischen Weiblichem und Männlichem wurde als polarer Gegensatz oder in einem orthogonalen System beschrieben. Dieser Geschlechtsantagonismus wird jedoch aufrechterhalten und wirkt sich seinerseits wieder normierend auf die soziokulturellen Verhältnisse und damit auf das Sexualverhalten aus.

Andere Autoren haben diese Sichtweise bestätigt: Sexuelle Normierungen werden geschlechtsabhängig vorgenommen (Schmidt/Sigusch (262)), wobei Männer im allgemeinen die größere sexuelle Freiheit genießen (Libby (160)).

Schmidt (260) setzt sich mit verschiedenen Arbeiten auseinander, die dem Einfluß der frühen Industrialisierung auf das Sexualverhalten der Geschlechter nachgehen und die einen Wandel des Sexualverhaltens im Vergleich zur vorindustriellen Epoche konstatieren.

Zieht man Arbeiten über transkulturelle Unterschiede im Sexualverhalten hinzu, so ergibt sich ein ähnliches Bild:

Sexuelle Bräuche verändern sich mit sozio-kulturellen Bedingungen. Eine jüngere, vergleichende Studie über Sexualverhalten von Studenten verschiedener Kulturen (Perlman (220)) bestätigt früher aufgestellte Thesen, wonach sexuelle Normen das Verhalten beeinflussen. Zusätzlich wird festgestellt, daß im restriktivsten Kulturbereich die Einstellungs-Verhaltens-Diskrepanz am größten ist (Christensen¹), ebenso der Verhaltensunterschied zwischen Männern und Frauen.

Schließlich sei noch auf ein Beispiel Bräutigams (29) verwiesen, der am Gang der Geschichte der Sexualmedizin verdeutlicht, wie gleichermaßen wissenschaftliche Fragestellungen und Aussagen zur Sexualität des Menschen - eine späte Erscheinung in der Kulturgeschichte des menschlichen Geschlechtslebens - zeitgeschichtlichen und damit gesellschaftlichen Einflüssen unterworfen sind:

Sie reichen von Empfehlungen zu einer Geburten einschränkung (durch späte Heirat und Abstinenz) im Rahmen Malthus' Überbevölkerungstheorie über erste Beschreibungen des Exhibitionismus und Fetischismus bis zur "Psychopathia sexualis" Krafft-Ebing², dessen gerichtspsychiatrische Sichtweise für lange Zeit den Blickwinkel bestimmte.

[Exkurs: Am Beispiel der Onanie wird der Einstellungswandel besonders klar: mehr oder minder rigide Strafmaßnahmen wurden im 18. Jahrhundert von schwerpunktmäßig physikalischen 'Behandlungsmethoden' abgelöst. Im 19. Jahrhundert waren chirurgische Eingriffe (Zirkumzision, Kauterisation der Wirbelgegend) und 'orthopädische' Maßnahmen - Schienen, Korsetts - an der Tagesordnung. Erst in den letzten fünfzig Jahren wurden erzieherische und fortschrittliche Methoden empfohlen, Onanie schließlich als normale Erscheinung akzeptiert; heute gehört sie als integrierter Bestandteil zu vielen Sexualtherapien.]

Seitdem Wissenschaftler sich der Frage der Sexualität sowie ihrer Normierung angenommen haben, gibt es Theorien über das Wesen der Sexualität sowie Erklärungsversuche für die Existenz bzw. Rechtfertigungsversuche für die Notwendigkeit einer Normierung.

Nach der - nicht weiter begründeten - Auffassung vieler Autoren war es

¹Christensen, H.T.: Sexualverhalten und Moral; Hamburg 1971

²Krafft-Ebing, R. von: Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung; Stuttgart, 1892

noch bis vor kurzer Zeit die christliche Kirche, die an der sexuellen Normengebung wesentlichen Anteil trug:

für die katholische Kirche war (und ist) das Sündhafte und Gefährliche der sexuellen Lust allein durch den Zweck der Fortpflanzung gerechtfertigt. Lange Zeit galt sexuelles Begehren als die Sünde schlechthin: die Erbsünde lag in der Konkubiszenz, der sexuellen Begehrlichkeit. Diese "reproduktive Sexualideologie" (Schnabl (264), S. 15) mußte nicht weiter begründet werden; sie war gottgewollt und damit nicht hinterfragbar. Warum die christlichen Kirchen diese Haltung einnahmen und teilweise noch einnehmen, darauf kann und soll hier nicht eingegangen werden. Wie die Auswirkungen dieser rigiden Normengebung mit all ihren Sanktionen sich auf den Menschen auswirkten und noch auswirken, ist nach Schnabls (264) Meinung in vollem Umfang gar nicht überschaubar.

Was dagegen an wissenschaftlichen Auseinandersetzungen Einfluß auf das Verständnis von Sexualität und ihrer Normen hatte und bis heute hat, soll hier in den Grundpositionen umrissen werden.

Die besondere Bedeutung der psychoanalytischen Theorie für die Sexualforschung ist unumstritten; seine Beobachtungen an Patienten faßte Freud zu einer umfangreichen Sexualtheorie zusammen, deren wichtigste Merkmale hier nach Fricker (84) aufgeführt werden sollen:

1. Das menschliche Sexualverhalten ist verwurzelt im Streben nach Lust; dieses Streben ist primär kein psychisches Phänomen, sondern ein physisches: die durch chemische Prozesse im Körper verursachte Triebenergie.
2. Sexualität umfaßt das ganze Gebiet sinnlicher Bedürfnisbefriedigung mit den mannigfaltigsten Zielen und Objekten (Psychosexualität).
3. Die biologische Triebanlage ist als solche sehr plastisch (polymorph-pervers) und damit offen für gesellschaftliche Einflüsse; die Bedingungen der Kultur schränken diese Triebanlage in einem Kanalisierungsprozeß ein auf bestimmte Befriedigungsformen der libidinösen Bedürfnisse (Sexualität unter dem Realitätsprinzip).
4. Sexualität unter dem Realitätsprinzip ist genitale Sexualität mit der kulturnotwendigen Funktion der Fortpflanzung in der Monogamie.
5. Darin zeigt sich eine Verabsolutierung des eigenen Sexualitätsverständnisses, das primär für die bürgerliche Kultur des 19. Jahrhunderts zutrifft.

6. Die sozialen Erfahrungen lehren den Menschen, seine sexuellen Bedürfnisse zu verdrängen, zu sublimieren, in den Phantasiebereich zu verlegen oder höheren Zielen unterzuordnen.

7. Da der Mensch seine Sexualziele rücksichtslos durchsetzen würde, ist die Kultur mit ihren Normen und Institutionen notwendig, um ihn vor sich selbst zu schützen.

8. Das Schicksal des Einzelnen von vollständig befriedigter Sexualität zur mehr oder weniger rigiden Unterdrückung der Sexualität (Ontogenese) hat ihre Parallele in der Kulturentwicklung (Phylogenese).

Bei aller Betonung der zahlreichen innovativen Elemente der psychoanalytischen Trieblehre (psychische Repräsentanz des Sexualtriebes; polymorph- perverse Triebanlage des Kindes; entwicklungsbedingte Äußerungen des Sexualtriebes in verschiedenen psychosexuellen Phasen; seelische Krankheiten mit Ursachen in besonderen Schicksalen des Sexualtriebes; kulturkritische Haltung: neurotische Erkrankungen als Folge rigoroser Triebunterdrückung), die eine Veränderung der Konzeption des sexuellen Triebphänomens in Richtung umweltbedingten Einflusses erkennen läßt, so bleibt sie teilweise dem traditionellen Triebverständnis verhaftet:

Die 'naturwüchsige' Sexualität gefährdet im weitesten Sinn die Kultur und muß deshalb eingeschränkt bzw. unterdrückt werden. Dies geschieht durch Unterstellung unter das Realitätsprinzip, indem Kultur Verbote und Zwangsmittel einsetzt, um sich zu erhalten. Überschüssige Sexualenergie soll dabei wertvoller Kulturarbeit zugeführt werden.

Eine weitere Herübernahme alter Vorstellungen über Sexualität als 'fleischliche' Begierde vollzieht Freud durch Postulierung von 'Sexualstoffen', die Reize aufbauen und dann für das Bewußtsein 'die bekannte Spannungsempfindung' ergibt (zit. nach Fricker (84), S. 55-6).

Dies ist darüberhinaus ein Hinweis auf die Orientierung der psychoanalytischen Trieblehre an einer zugrunde gelegten männlichen Sexualität.

Eine Reihe von Autoren haben das Thema Sexualität zum Gegenstand von Arbeiten gemacht, die auf der vergleichenden Kulturanthropologie basieren. Diese Forschungsrichtung, deren Anliegen es ist, allgemein gültige Strukturen des Menschseins und der menschlichen Gesellschaft zu finden, sieht Kulturen als Folgeerscheinung mangelnder Natürlichkeit des Menschen:

Verglichen mit dem Tier verschwinden bei ihm die meisten Instinkte, die durch plastische, wenn auch gerichtete Anlagen ersetzt werden, die ihrerseits wieder in kulturelle Reaktionen verwandelt werden können. Kultur steht also dem Menschen dienstbar zur Verfügung und ist wegen seiner mangelhaften natürlichen Konstitution eine unbedingte Notwendigkeit.

Nach Fricker ((84)¹, S. 15ff.) versucht Malinowsky am Beispiel der Sexualität nachzuweisen, daß sexuelle Verdrängung und Komplexbildung als geistiges Nebenprodukt der Schaffung der Kultur entstanden sein müssen und demzufolge notwendig zur Kultur hinzugehören. Dabei stützt sich Malinowsky (177) auf die Feststellung der dauernden Fähigkeit von Mann und Frau zum Geschlechtsakt, wenn er aus der fehlenden Promiskuität auf das Vorhandensein kultureller Tabus schließt, die eine restriktive Funktion übernehmen. Mit deren Hilfe errichtet der Mensch sich selbst Schranken, die ebenso mächtig sind wie die Mächte des Schicksals - hier der Sexualtrieb, dem eine alle Formen der Verbindung vernichten zu könnende Fähigkeit innewohnt - und die deren soziale Gefährlichkeit mindern. Kultur übernimmt aber auch eine animierende Funktion in Form von Institutionen, die zum Zweck der Partnerwerbung sexuelle Aktivität fordern und entsprechende Einschränkungen lockern. Diese Einflüsse wirken auf den menschlichen Körper und stimulieren angeborene Reaktionen durch kulturspezifisch geartete Reize. Sexuelles Verhalten wird demnach beim Menschen nicht nur gesteuert von einem rein biologischen Auslösemechanismus, sondern ist ein kombinierter psychologischer und physiologischer Prozeß, der in seiner zeitlichen, räumlichen und formalen Natur durch die kulturelle Überlieferung bestimmt wird.

Diese Auffassung stellt einen weiteren Schritt in Richtung Umweltdetermination der Sexualität dar: Der menschliche Sexualtrieb wird im Vergleich mit dem tierischen als plastisch beschrieben durch seine Daueraktualität, durch den Verlust automatischer Auslösermechanismen und den Triebüberschuß. Die gesellschaftliche Normierung ist eine absolute Notwendigkeit zum Zweck der Arterhaltung durch selektive Paarung, Schutz der Ehe und der elterlichen Fürsorge.¹

¹Fricker (84) kritisiert an der kulturen-anthropologischen Theorie, daß hier nicht nur die Annahme der Instinktgesteuertheit vom Tier auf den Menschen übertragen wurde, sondern daß die Feststellung des universalen Vorkommens sexueller Tabus kein Beweis für eine besondere Geartetheit des Sexualtriebes ist. "Andere menschliche Interaktionen können ebenfalls mit Tabus belegt sein, ohne deren Motivation eine Triebnatur unterstellen zu wollen." (ebd., S. 17)

Die kulturanthropologischen Prämissen finden auch Eingang in die Sexualitätssoziologie Schelskys (251). Dieser Autor geht ebenfalls von einer weitgehenden Instinktreduktion beim Menschen, einem sexuellen Antriebsüberschuß sowie einer von der Fortpflanzungsfunktion abgelösten Lustfunktion aus, die ihrerseits neues Ziel sexuellen Verhaltens werden kann. Da Instinktungsicherheit und Antriebsüberschuß aufgrund ihrer immanenten Tendenz zur Pansexualität und unregelmäßigen Promiskuität für den Menschen eine "biologische Gefährdung" (ebd., S. 12) bedeuten, muß er über seine Antriebe in bewußten Handlungen verfügen.

Das menschliche Triebleben ist auf kulturelle Regelung und Führung angewiesen, und diese notwendige kulturelle Überformung der sexuellen Antriebe gehört ebenso zu den ursprünglichen Kulturleistungen und Existenzanforderungen des Menschen wie Werkzeug und Sprache - in der 'biologischen Gefährdung' liegt also gleichzeitig die kulturelle Chance des Menschen.

Prinzipiell sieht Schelsky (251) in der kulturellen Überformung die "primäre Sozialform alles menschlichen Verhaltens" (ebd., S.12). Dieser Standpunkt veranlaßt ihn, gegen Kinsey (130) und dessen empirische Untersuchungen anzugehen: Denn Schelskys Meinung nach ist Kinseys Vorgehensweise - in seinen Augen eine Wissenschaft, die die Gültigkeit von bestehenden Normen erschüttert und neue Maßstäbe aufgrund ihrer Forschungsergebnisse setzt, statt die gesellschaftlichen Normen zu bestätigen - ein Abweichen von der Anerkennung dieses Prinzips. Er befürchtet, daß "mit der Einebnung des Unterschiedes zwischen Norm und Faktizität im Geschlechtsverhalten nur die moralischen, religiösen, auf Menschenwürde ausgehenden Motive ihre Existenz verlieren und die 'Anpassung' eben nur in der Form einer Anerkennung des einmal Faktischen bestehen kann, die sich dann vulgär-wissenschaftlich rechtfertigt. Genau in dieser Richtung wirkt sich der 'normative' Anspruch der Kinsey-Reporte aus." (Schelsky (251), S. 55). Nicht die Erkenntnis der kulturellen Relativität erweicht heute seiner Meinung nach die Moral, sondern der "Dogmatismus und Absolutismus des 'Natürlichen' im Sinne der Biologie als sozialer Norm." (ebd., S. 49) Alles das Biologisch-Vitale Einengende (so auch die soziale Norm) wird so nach Schelskys Auffassung als 'widernatürlich' abgewertet. Für Schelsky aber ist das 'Natürliche' nicht die biologische Natur, sondern die anerkannte Sitte. "Die Kraft, die hinter dieser Absolutierung

der sexuellen Normen steht, ist eben gerade nicht die biologische Natur, sondern die soziale, die moralische, ja meist die religiöse Potenz einer Gesellschaft. In der metaphysischen Überhöhung ihrer sexuellen Normen verteidigt jede Kultur ihre versehrbaren Fundamente." (ebd., S. 50). Sexuelle Norm ergibt sich somit als 'natürlich' aus der Instinktungsicherheit und dem bedrohlichen Charakter menschlicher Sexualität und ist darüberhinaus notwendig (zur Verteidigung der Fundamente; s.o.).¹

Die heute vorherrschende Erfassung und Beschreibung der Sexualität und ihrer Bedingtheiten stützt sich auf die Methodik der empirischen Sozialforschung, als deren Teilgebiet die empirische Sexualforschung angesehen werden kann; ihr geht es um die vorurteilslose Beschreibung sozialer Wirklichkeit, wobei mit den Naturwissenschaften entstammenden Methoden philosophische Spekulationen durch objektive Tatbestandsaufnahme abgelöst werden sollen. Die empirische Sexualforschung kann als der entscheidende 'Lieferant' jener Daten angesehen werden, die die Basis jeder mo-

¹ Diese Absolutsetzung der bestehenden Normen als notwendige Bedingung menschlichen Handelns bedeutet nicht nur für die Sozialisation des Einzelnen, daß er einem vorhandenen, weder ableitbaren noch kritisierbaren Normensystem unterworfen wird; sie läßt zusätzlich ein Infragestellen der Norm als ungerechtfertigt, ja geradezu unmoralisch und verwerflich erscheinen. So kritisiert Fricker (84) denn auch diese Auffassung, die sich aus der bloßen Annahme der Tendenz zur Pansexualität, Promiskuität und Gefährdung durch menschliche Sexualität in Richtung Chaos entwickelt. Darüberhinaus ist Schelskys vehemente Stellungnahme für bestehende Normen ideologieverdächtig, weil sie sich jeder Frage durch eine Verabsolutierung des Normengefüges entzieht.

Wenn Dörners (58) Kritik an Schelsky zutrifft, daß sich heute eine ebenso "absolute soziale Hemmungs- und Stabilisierungsbedürftigkeit des Sexualtriebes" (ebd., S. 180) zeige, die sich kaum mehr mit der Annahme der pansexuellen und promiscuen Tendenz vereinbaren lasse, da der äußere Zwang der Normen und Institutionen seit langem verinnerlicht werde, die Fremdnormierung zugunsten einer 'Selbstnormierung' zurücktrete, die Sexualität als von der Gesellschaft überintegriert und überfunktionalisiert zu beschreiben sei, so wird Schelskys Soziologie der Sexualität noch fragwürdiger. Zwar ist es ein angebrachter und wichtiger Diskussionsansatz, der Theorie der Sexualität eine soziologische Betrachtungsweise hinzuzufügen; in Schelskys ideologieüberfrachteter, auf Hypothesen aufbauender und Argumentationslücken aufweisender Abhandlung geht dieser Ansatz jedoch unter. Im übrigen erscheint der beschwärende und appellative Ton seiner Arbeit angesichts der heutigen Situation der Sexualität (s.u.) beinahe unverständlich: über die vernichtenden Folgen einer angeblich promiscuen Sexualität im Sinne Schelskys sagt keine der von mir untersuchten Veröffentlichungen etwas aus. Es mag dahingestellt bleiben, ob diese Folgen wirklich nicht eingetreten sind oder aber von niemandem erkannt werden.

dernern sexualtherapeutischen Theorie und Praxis darstellen und deshalb in dieser Untersuchung von herausragendem Interesse sind.

Fricker ((84), S. 23ff.) gibt nähere Auskunft über die Methodik einiger solcher sexualwissenschaftlicher Arbeiten, deren selbsternanntes Ziel die Erfassung sexuellen Verhaltens und der Einstellung vor allem jüngerer Menschen zur Sexualität war. Stellvertretend sollen hier die Untersuchungsgegenstände aus Kinseys (130) Arbeit genannt werden; seine Untersuchung ist bei weitem die umfangreichste ihrer Art, sowohl hinsichtlich der befragten Population als auch der festgehaltenen Einzelergebnisse und war richtungsweisend für alle nachfolgenden Studien:

- Frühe sexuelle Entwicklung und Betätigung
- Gesamt-Triebbefriedigung (Häufigkeit, Variationen und diese Erscheinungen beeinflussende Faktoren)
- Alter und sexuelle Triebbefriedigung
- Familienstand und sexuelle Triebbefriedigung
- Pubertätsalter und sexuelle Triebbefriedigung
- soziale Schicht und sexuelle Triebbefriedigung
- ländliche/städtische Herkunft und sexuelle Triebbefriedigung
- religiöse Herkunft und sexuelle Triebbefriedigung
- Stabilität sexueller Verhaltensformen
- Quellen sexueller Triebbefriedigung (beim Mann: Onanie, Pollutionen, Petting, vorehelicher Geschlechtsverkehr, ehelicher Geschlechtsverkehr, außerehelicher Geschlechtsverkehr, Geschlechtsverkehr mit Prostituierten, homosexuelle Triebbefriedigung, Tierkontakte).

Andere Autoren untersuchten später gleiche, ähnliche oder weitergehende Fragestellungen.

All diese Untersuchungen versuchen primär, sexuelles Verhalten vorurteilslos zu registrieren und zu interpretieren, indem aus dem gesammelten Material generalisierbare Aussagen abgeleitet werden.¹

Im folgenden sollen einige Bemerkungen zur sexuellen Norm in unserer Ge-

¹In diesem Zusammenhang weist Fricker (84) darauf hin, daß sich die meisten Autoren methodische Unzulänglichkeiten eingestehen und ihre Resultate und Interpretationen als weiter zu untersuchende Hypothesen beurteilen, daß aber in der Folge die Ergebnisse nicht mehr hinterfragt, sondern bestehende Hypothesen erhärtet und Vorurteile bestätigt werden.

sellschaft gemacht werden. Diese sexuelle Norm bzw. Normierung der Sexualität ist nach dem bisher Gesagten

- keine neue Erscheinung;
- keine vereinzelte, nur an eine bestimmte Kulturform gebundene Erscheinung;
- sie bestimmt in jeder Kulturform zu jeder Zeit sexuelles Verhalten;
- sie hatte und hat ihre Auswirkungen auf wissenschaftliche und vor allem medizinische Denk- und Arbeitsansätze, die sich dem Thema Sexualität widmeten;
- sie hat Wissenschaftler immer wieder beschäftigt und zur Theorienbildung veranlaßt, wobei sich Theorien wiederum an soziokulturellen Zusammenhängen orientierten, geschichtlich gesehen jedoch einer Umwelt-determination der Sexualität mehr Gewicht verliehen und somit zunehmend deren soziale und kulturelle Beeinflussbarkeit betonten.

2.2. Sexualnorm heute; 'Liberalisierung'; Rolle der Wissenschaft

Wie gezeigt, ist unser heutiges Wissen um die Qualität sexueller Normen vor allem auf empirische Erhebungen der Sexualforschung zurückzuführen. Dabei läßt sich ein erfassender, deskriptiver Aspekt von einem interpretierenden Aspekt unterscheiden.

Geht man aus vom deskriptiven Aspekt, so läßt sich den obigen Ausführungen zu Kinseys und anderer Autoren Untersuchungsgegenständen einiges hinzufügen, was angesichts der Fülle des vorliegenden Materials aber hier nur unvollständig geleistet werden kann. Darüberhinaus ist es problema-

tisch, 'Ergebnisse' zu dokumentieren, da die Auffassungen der Autoren in diesem Punkt zum Teil voneinander abweichen und es im Übrigen "keine verbindliche Normen für das sexuelle Verhalten" (Masters/Johnson (186), S. 261) bzw. nicht "eine Norm" für sexuelles Verhalten oder Sexualität, sondern "viele Normen" (Wiederholt¹) gibt. Aufgrund verschiedener Publikationen (z.B. Sigusch/Schmidt (282); Mechler (194); Fricke (83); Schmidt/Sigusch (262)) lassen sich jedoch bestimmte Merkmale heute gültiger Sexualnorm festhalten:

1. Deutliche Vorverlegung des ersten Beischlafs im letzten Jahrzehnt.
2. Deutliche Vorverlegung der ersten Masturbation im letzten Jahrzehnt.
3. Soziosexuelle Aktivitäten wie Dating, Petting werden heute von Jungen und Mädchen mit niedriger Schulbildung um ein bis zwei Jahre früher aufgenommen.
4. Männliche und weibliche Jugendliche mit niedriger Schulbildung erleben heute den ersten Koitus mit weniger offenen Ängsten, Schuldgefühlen und Konflikten als vor zehn Jahren.
5. Geschlechts- und Schulbildungsunterschiede im Sexualverhalten und in den sexuellen Standards haben abgenommen.
6. Die Einstellungen zur sog. vorehelichen Sexualität sind permissiver geworden. Vorherrschend ist jetzt der Standard 'Freizügigkeit bei Liebe', nach dem Koitusbeziehungen unverheirateter junger Leute für Jungen und Mädchen gleichermaßen akzeptiert werden, wenn eine Liebesbeziehung besteht.
7. Beischlaf billigen sich heute jüngere Mädchen und Jungen zu als früher.
8. Virginität ist keine positive Wertvorstellung mehr; sie hat ihren Markt- und Prestigewert verloren.
9. Jugendliche sind heute für mehrere Liebesbeziehungen vor der Ehe.
10. Die Überwiegende Mehrheit der Jungen und Mädchen ist auch heute grundsätzlich ehe- und familienorientiert.²

Weiter ist von einem Sinken der traditionellen Doppelmoral die Rede (Friedrichs (89); Richter (243)).

Mit Schmidt/Sigusch (262) läßt sich konstatieren, daß es einen gesamt-

¹Wiederholt, I.: Sexualität - normale, deviante, kriminelle; in: Eichler (62) S. 335 - 386

²Die in diesem Abschnitt benutzten Zeiträume und -angaben sind unter dem Vorbehalt zu sehen, daß die erwähnten Publikationen zum Teil aus den frühen siebziger Jahren stammen, z.B. Schmidt/Sigusch (262) von 1971.

gesellschaftlichen Liberalisierungsprozeß gibt, der Unter- und Mittelschichten erfaßt, in dessen Verlauf sich die sexuellen Verhaltensmuster in allen Gruppen verändern und auf ein Generalmuster konvergieren, welches "für die Gesamtgesellschaft verbindlich zu sein scheint" (ebd., S. 142). Dieses im und als Liberalisierungsprozeß entstehende Generalmuster besagt nach Schorsch/Schmidt (268), daß für immer mehr Gruppen, z.B. Männer oder Frauen, Alte oder Junge, Verheiratete oder Unverheiratete etc. immer mehr sexuelle Verhaltensweisen wie Masturbation, Geschlechtsverkehr, orale und anale Praktiken, Partnerwechsel etc. gesellschaftlich nicht mehr bestraft, sondern geduldet, akzeptiert und gefördert werden.

Hiermit ist der oben angesprochene, die Norm interpretierende Aspekt bereits erreicht: Aus den empirisch erhobenen Daten der Sexualforschung, deren Veränderung die Existenz eines Liberalisierungsprozesses untermauern, werden Interpretationen und Theoriebildungen abgeleitet, die folgende Gesichtspunkte enthalten:

Sexualität ist zu einem "Lieblingsthema der Öffentlichkeit" (Richter (243), S. 207) geworden, "das Thema Sexualität" kann "jetzt offen diskutiert werden" (Fricke (83), S. 20). Das Zusammenspiel und die gegenseitige Beeinflussung einerseits kollektiver, andererseits individueller Normen wird engmaschiger und verwobener, die zunehmende Bedeutung der Sexualität (s.o.) taucht in diesem Zusammenhang wieder auf.

Dies wird auf verschiedene Weise begründet:

Die hochentwickelte Industriegesellschaft ist u.a. gekennzeichnet durch Produktion und Verbrauch von Konsumgütern und steigenden Lebensstandard. Die Bedingungen und Tendenzen, die das normale Funktionieren einer so gearteten 'Gesellschaft im Überfluß' ausmachen, sind oft diskutiert und beschrieben worden. Dazu gehört auch die "wissenschaftliche Erforschung, Kontrolle und Manipulation des Verhaltens von Individuen und Gruppen bei Arbeit und Freizeit - wobei das Verhalten von Psyche, Unbewußtem und Unterbewußtsein erfolgreich erschlossen wird und die Ergebnisse für kommerzielle und politische Zwecke ausgewertet werden" (Marcuse; zit. nach Mechler (194), S. 106). "Damit die Gesellschaft im Überfluß funktioniert, mußten sich Normen sexualfeindlicher Moral

lockern, denn sie sind eng verbunden mit Lust- und Konsumverzicht" (Mechler (194), S.106), beides Merkmale einer früheren Epoche, deren gesellschaftliche und ökonomische Situation von der heutigen sehr verschieden war.

Sexualität wäre in diesem Kontext zu verstehen als bis dahin noch nicht von der Freizeit- und Konsumindustrie erreichtes Gebiet, das jetzt 'entdeckt' und verwertet wird.

Zur Durchsetzung einer sich ändernden Norm, zur Durchsetzung neuer Ideen und Interessen bedarf es in einer Massengesellschaft bestimmter Kommunikationsmittel, die die aktive und passive Teilnahme des Einzelnen am Produktions- und Konsumgeschehen ermöglichen und garantieren: Massenmedien übernehmen in diesem Zusammenhang nicht nur die Verteilung 'objektiver Nachrichten', sondern üben zugleich eine richtungsweisende und an der sozialen Norm orientierte Aufgabe aus. Für die Sexualität bedeutet dies, daß Massenmedien in erheblichem Umfang an der Propagierung und Bewertung eines bestimmten Sexualverhaltens teilhaben. (LoPiccolo et al. (170)). Insofern ist ein Liberalisierungsprozeß auch in der Informationspraxis über Sexualität eingetreten, der für den skizzierten Wandel in Verhalten und Einstellung mitverantwortlich ist.

Massenmedien sind gleichzeitig der Weg, auf dem wissenschaftliche Erkenntnisse dem Einzelnen zugänglich gemacht werden - sei es in Form dokumentaristischer Berichterstattung, sei es in der die wissenschaftlichen Ergebnisse verwertenden bzw. ausschachtelnden Form, angefangen bei sogenannten Aufklärungsschriften bis hin zum Pornofilm. Was 'normal' ist, kann jedermann täglich lesen, hören, sehen; diesbezüglich stellt sexuelle Normalität keine Ausnahme dar, sondern ist im Gegenteil auf logische und konsequente Weise voll in das übrige Normengefüge integriert.

Die zunehmende Entwicklung in den letzten Jahrzehnten - daß Sexualität in jeder nur erdenklichen Art und Weise von Massenmedien verarbeitet und so dem Einzelnen zugänglich gemacht und, mehr noch, aufgedrängt wird - korrespondiert abermals mit der eingangs festgestellten Bedeutung der Sexualität.

Faßt man die dargestellten Aspekte der Erscheinung und Reproduktion sexueller Verhaltensweisen und Einstellungen als Norm unter dem Begriff der

Liberalisierung zusammen, so drängt sich die Frage nach der Qualität dieser Liberalisierung auf - muß doch, überspitzt formuliert, der "Eindruck entstehen, daß man eigentlich nur der Sexualität wegen lebt und darin die einzige Erfüllung des Daseins zu finden ist." (Schnabl (264), S. 26).

Wenn Kockott (132) und andere Autoren es für eine wichtige wissenschaftliche Aufgabe eines Sexualtherapeuten halten, den sexuellen Liberalisierungsprozeß zu fördern, um negative, krankmachende Einflüsse der gesellschaftlichen Sexualnormen beim Zustandekommen von sexuellen Störungen zu verringern, so stellt sich die Frage, was unter einer solchen Liberalisierung zu verstehen ist. Denn offensichtlich ist Liberalisierung nicht gleich Liberalisierung:

Nimmt man einerseits diesen Begriff als Charakteristikum der heutigen Sexualnorm, so müßte diese Liberalisierung folgerichtig als 'krankmachend' bezeichnet werden (s.o.: Epidemiologie); dazu kontrastiert andererseits eine solche Liberalisierung, die als Mittel zum 'Gesundsein' fungieren soll. Es zeigt sich hier, daß der vielstrapazierte Begriff 'Liberalisierung' mit sehr unterschiedlichen Bedeutungen versehen werden kann und wird. Wäre im Sinn Kockotts eine Förderung der Liberalisierung als ein verstärktes Engagement der Sexualforschung schlechthin gemeint, müßte sie Qualitäten aufweisen und Vorstellungen erarbeiten, die ihrer an sie selbst gerichteten Forderung gerecht werden.

Hier gilt es also nicht nur nach dem gegenwärtigen Sexualitätsverständnis der Sexualforschung zu fragen; vielmehr müssen auch die von ihr beschrittenen Wege der Forschungsarbeit und Ergebnisvermittlung aufgezeigt sowie der Frage nachgegangen werden, inwieweit Sexualforschung über ihre eigenen Ergebnisse - im Sinn einer Kontrolle - verfügen und bestimmen kann. Denn nur dies kann Maßstab sein für eine Bewertung, ob Sexualforschung in dem von ihr angestrebten Sinn zum Liberalisierungsprozeß beiträgt.

Einiges ist dazu oben bereits angeklungen; durch ihr Vorgehen nimmt die Sexualforschung Objektivität für die von ihr ermittelten Tatbestände in Anspruch. Diese Tatbestände lassen in Bezug auf das Sexualitätsverständnis lediglich Rückschlüsse zu, die gleichwohl nur selten aus den vorhandenen Beschreibungen gezogen werden können, denn die wenigsten Em-

piriker geben nach Fricker (84) ausdrücklich Hinweise auf dieses Verständnis:

Ableitbar ist dann einmal die Erkenntnis, daß Erfahrung und Prägung den heranwachsenden Menschen 'sexualisieren', was bei Kinsey (nach Fricker) bedeutet: "sexuelle Erregung durch direkte körperliche Stimulation der Genitalien und/oder spezielle psychische Situationen. Sexualität ist demnach das, was Erwachsene darunter verstehen und das bedeutet faktisch Genitalsexualität" (Fricker, S. 45). Diese Sichtweise ist Ergebnis der Reduktion auf körperliche Manifestationen, welche die Sexualität als Untersuchungsgegenstand der Sexualforschung meistens erfährt.

[Exkurs: Auch in neueren Untersuchungen finden sich kaum direkte Hinweise auf das Sexualitätsverständnis; Fricker sieht lediglich ein "Vorverständnis" (Fricker (84), S. 46) bei vielen Arbeiten durchschimmern und stellt zusammenfassend fest, daß die traditionelle Triebhypothese offensichtlich weiter von den Sexualforschern übernommen wird, obwohl alle Untersucher den milieubedingten Faktoren Rechnung tragen: Sexualität wird verstanden als biologisch angelegter Trieb, auch wenn dieser nicht notwendig ist zum Überleben des Individuums, wie etwa der Hunger- oder Selbsterhaltungstrieb. Diese Einschätzung Frickers (84) wird von anderen Autoren geteilt, etwa Schorsch/Schmidt (268), die die im psychohydraulischen Modell der Sexualität liegende Reiz-Verminderungs-Hypothese für ebenso inkorrekt wie verbreitet halten. (ebd., S. 32). Inwieweit ein derartiges Sexualitätsverständnis Resultat der Methodik ist, die - geleitet vom Anspruch der vorurteilslosen Erfassung und wertneutralen Deskription - dem Zwang der Operationalisierung der von ihr untersuchten Sachverhalte unterliegt, bleibt offen.]

Daß weiter die von der Sexualforschung ermittelten Fakten auf eine unserer Gesellschaft entsprechenden Art weitergereicht werden - per Kommunikation über Massenmedien - wurde bereits angedeutet, ebenso die von dieser Vermittlung ausgehende, ihr immanente normierende Wirkung. Sexualforschung beabsichtigt, durch objektive Fakten herrschende Vorurteile, Normen und Gesetze korrigieren zu lassen. Die Konsequenz ist, daß der Wissenschaftler die wissenschaftliche Faktizität vertritt und insofern in bezug auf die Gültigkeit seiner Ergebnisse nicht wertneutral ist. Empirische Sexualforschung impliziert also einen Normanspruch,

wie Schelsky (251) feststellt.

"Zudem wirken die Ergebnisse der empirischen Sexualforschung normgebend in einem sozialpsychologischen Sinn: Wenn wir den Normbegriff", ..., "verstehen als mehr oder weniger verbindliche Erwartungen, die eine Gruppe gegenüber ihren Mitgliedern unter bestimmten Umständen hegt, wobei Konformismus belohnt, Nonkonformismus bestraft wird, so erfüllen empirisch gewonnene statistische Daten nach dem Gesetz der großen Zahl diese Bestimmungen." (Fricker (84), S. 48).

Doch selbst wenn eine empirische Sexualforschung keinen ausgesprochenen Anspruch auf normierende Wirkung hat oder diese bestreitet, so ändert dies nichts an der Tatsache, daß ihre Ergebnisse in einem gesellschaftlich-ökonomisch vorgegebenen Rahmen in einer Form eingesetzt werden, die den gesellschaftlichen Maximen entspricht.¹

Im Fall der Sexualforschung resp. Sexualmedizin gewinnt diese Einsicht zusätzlich an Bedeutung, ist ihr Gegenstand doch einer der intimsten und persönlichsten Bereiche des Menschen. Eine wie auch immer geartete Einflußnahme auf diesen Bereich muß nach allem bisher Gesagten von weitreichender Konsequenz sein. Genau diese Konsequenz nicht sehen zu wollen, ist ein vielfacher Vorwurf an die Adresse der Sexualwissenschaft:

"Die Wissenschaftler nehmen die Bestandsaufnahme vor; sie gehen der Frage nach, wer im Augenblick gerade noch wieviele Vorurteile hat, wer sich vor welchen Praktiken scheut oder nicht mehr scheut; die Konsumindustrie und die Massenmedien übernehmen ihrerseits das Geschäft, die Moral und die neuen Leistungsnormen dazu zu liefern" (Reiche, S.5)².

Es gibt demnach keine dem Selbstverständnis der Sexualforschung entsprechende Wertneutralität bei der Erhebung und Interpretation ihrer

¹Viele Sexualforscher sind sich dieses Umstandes bewußt, wenn sie von einer Unterordnung der Sexualität unter das Leistungs- und Konsumprinzip sprechen, von einer Integration der Sexualität in die gesamte Konsum- und Freizeitkultur, wodurch Sexualität zur durchgängigen Ware wird und selbst Konsumcharakter annimmt. Da ist die Rede von "Hochfrequenzsexualität" (Angermann, I.: Psychodynamik und Psychotherapie der gestörten Sexualität; in: Eicher (62), S.406), "hoher gesellschaftlicher Bewertung von Orgasmusfähigkeit und Potenz", "kaum zu erbringenden Leistungserwartungen als Maxime" (Wiederholt; S. 338; Quelle s.S. 22), Sexualität "zum Erlangen von Ansehen und Status, als Mittel der zwischenmenschlichen Beherrschung" (Mechler (194), S. 107), getrimmt auf ein "verlogenes Ideal ewiger Jugend", verharmlost "zum Hygiene-Ideal" (Dörner (59), S. 233).

²Reiche, R.: Kritik der gegenwärtigen Sexualwissenschaft; in: Schmidt et al. (259)

Daten (Sigusch (287 b), S.396), erst recht dann nicht, wenn es an die Verwertung ihrer Ergebnisse geht: "Ein Sexualforscher, der einen Beitrag zur sexuellen Emanzipation zu leisten glaubt, ohne sie als isolierte zu verstehen, muß sich im Klaren sein über den Verwertungszusammenhang"... , "er muß wissen, was mit dem geschieht, was er gründlich untersucht. Solange Empirie als Vorstoß des nachfolgenden Verwaltungsaktes fungiert, der Bestandsaufnahme das Slum-Clearing folgt, ist sie blind..." (Amendt, S. 18) ¹.

Der Versuch, sich diesen Zusammenhängen zu entziehen, kann den Ansprüchen der Sexualwissenschaft nicht gerecht werden: ihre "aus Angst vor der Ideologie geborene, theoretische Enthaltsamkeit" wird "behr rasch selbst ideologisch." (Sigusch (286), S. 66). Wenn Ergebnisse der empirischen Sexualforschung dazu dienen, freizügige Standards zu propagieren und mit ihrer Hilfe eine kommerzialisierte Konsumsexualität für primär wirtschaftliche Interessen gegen eine angestrebte Emanzipation durchzusetzen (Fricker (84), S. 43), so wird Enthaltsamkeit fragwürdig. Ein Sich-Verschließen vor den soziokulturellen und gesellschaftlichen Zusammenhängen macht Sexualwissenschaft nicht objektiver, nicht weniger angreifbar. Der Vorwurf ihrer zu schmalen Basis, die auf der Reduktion der Sexualität auf wenige Merkmale und ihrem verschwommenen Sexualitätsverständnis beruht, sowie ihre herausragende Bedeutung bei der Normierung von Sexualität lassen es im Gegenteil notwendig erscheinen, sich nicht nur ihrer Grenzen bewußt zu sein, sondern gleichfalls die Verwertung ihrer Ergebnisse im Auge zu behalten und an dieser Realität ihr eigenes Tun zu überprüfen. Denn es wäre absurd, würde die Sexualwissenschaft - und als Teil von ihr die Sexualmedizin - nichts weiter tun als die jeweiligen Normvorstellungen zu beeinflussen, die als Teil einer Gesamtnorm ihrerseits den "Anstieg der Befriedigungsstörungen" (Dörner (59), S. 233) mitzuverantworten haben; eine Beobachtung, von der LoPiccolo et al. (170) sogar ausgehen.

Die häufig geäußerte Feststellung, daß diese Situation ein unlösbares und (deswegen) hinzunehmendes Dilemma sei, widerspricht dem Anspruch der Sexualwissenschaft, Sie will dem Menschen dienen bzw. den sexuell gestörten Patienten 'heilen' helfen; ein Vorbeisehen an ihren eigenen Bedingungen liefe diesen Bestrebungen entgegen.

¹ Amendt, G.: Empirie, Emanzipation und Sexualforschung; in: Schmidt et al. (259)

Dem Leser mögen die meisten der hier dargestellten Argumente bekannt sein; und sie sind in der Tat nicht neu. Es sollte aber durch ihre Verknüpfung gezeigt werden, daß derjenige, der sich mit Sexualtherapien beschäftigt, berechtigt, ja gezwungen ist, sich mit diesen Zusammenhängen auseinanderzusetzen und eben diese Auseinandersetzung gleichermaßen von denen erwarten muß, die Sexualtherapien entwickeln.

Ich habe diese ausführlichen Betrachtungen angestellt, um der Untersuchung zu dieser weiteren, wichtigen Dimension zu verhelfen, deren Ausparen ein reduktionistisches Vorgehen ergeben hätte. Ich halte es für unumgänglich, die hier aufgeworfenen Fragen bei der Untersuchung von Therapien zu berücksichtigen, solange das vielstrapazierte Wort vom 'Wohle des Patienten' noch seine Gültigkeit haben soll. Die Unterstellung, mit einer so gerichteten Aufmerksamkeit würde "Beschäftigung mit der Sexualität (ist) hier in erster Linie ein Mittel zum Zweck der politischen Zielsetzung" (Molinski)¹, übergeht den Inhalt aller Fragen und Versuche, der schwierigen therapeutischen Situation gerecht zu werden. Sie wirft am ehesten ein Licht auf den Urheber, der diese Auffassung entweder in Unwissenheit der oben dargestellten Zusammenhänge vertritt oder - schlimmer - in Kenntnis der beschriebenen problematischen Situation der Sexualforschung und -therapie polemisiert, wodurch er sich dann allerdings berechtigterweise eben jenen Vorwurf der 'Blindheit' machen lassen muß.

¹Molinski, H.: in: Mitteilungen der Gesellschaft für Praktische Sexualmedizin, Nr. 1, Mai 1981, 1. Jahrgang

3. Tabuisierung und ihre Folgen

Versteht man unter Tabu eine gesellschaftliche Norm, die als unantastbare Selbstverständlichkeit in einer Gemeinschaft gilt und diese formt, so kann man feststellen, daß zum einen das oben über die Norm Gesagte auch für den Begriff 'Tabu' Gültigkeit hat, zum anderen sich Tabu als der restriktivste Bereich der Norm charakterisieren läßt: Wer Tabus befolgt, erspart sich offene Konflikte; wer hingegen Tabus bricht, dem droht die Gefahr, aus dem "bergenden sozialen Schoß" herauszufallen (Kemper (121), S. 53).

Nun ist dargestellt worden, daß im Zuge der sogenannten Liberalisierung viele bisherige Tabus verschwunden sind; der Abbau von Vorurteilen durch die Versachlichung des sexuellen Lebens und Verhaltens unter wissenschaftlichen Vorzeichen trug dazu bei (Kemper (121); Bräutigam (29); Lief (161)). Es resultiert zunächst eine insgesamt mit weniger Tabus beladene und damit weniger restriktive Sexualnorm, die "in einigen Bereichen zwar eine angstfreiere Sexualität möglich gemacht hat" (Angermann, S.393; Quelle s.S. 6); dieser oberflächliche Eindruck wird allerdings korrigiert, wenn man die immer noch wirksamen zahlreichen Begrenzungen der Lockerung sexueller Normen berücksichtigt, die oft auf Resten 'alter' Tabus begründet sind: z.B. "Tabuisierung der sexuellen Aktivität im Alter, bei Frauen nach dem Klimakterium" (Springer-Kremser (293), S.222); Tabuisierung des sexuellen Lernprozesses Jugendlicher durch mangelnde Beratung und Unterstützung, die in negative Erwartungen, Ängste und Schuldgefühle münden (Siqusch/Schmidt (282)); Tabuisierung bestimmter sexueller Praktiken (Pacharzina (217)); Tabuisierung des Themas Sexualität im (ärztlichen) Gespräch (Schmidt/Kessler (263)).

Kemper (121) gibt weiter zu bedenken, daß der sich immer schneller vollziehende gesellschaftliche Wandel und mithin die Wertorientierungen den Einzelnen oft überfordern bzw. ihn nicht Schritt halten lassen und so "noch weit mehr an tabuartigen Geboten und Verboten wirksam ist" (ebd., S. 53) als er erfassen kann. Erkennbare Differenzen zwischen einzelnen Individuen bzw. Gruppen bezgl. des Grades der Überforderung und bezgl. der Wahrnehmung eigener Tabus finden ihren Ausdruck beispielsweise in der oben besprochenen 'Uneinheitlichkeit' der Norm, aber auch in der Existenz einer bestimmten Sexualmoral, die in diesem Zusammenhang die Rolle

einer Orientierungsmöglichkeit für den Einzelnen spielen kann. Der Rückzug auf eine - vor allem aus Tabus erwachsenen - Sexualmoral (Libby (160)), der unter diesem Aspekt eine die bestehende Norm überhöhende Funktion zukommt und die damit schon selbst Tabu-Charakter annimmt, verschafft dem Einzelnen neben dem gewünschten Halt aber gleichzeitig Probleme: Mead¹ bringt das zum Ausdruck, wenn sie z.B. Pettingverhalten - als Kompromiß mit der Moralität bei Tabuisierung des vorehelichen Geschlechtsverkehrs - für Sexualstörungen mitverantwortlich macht.

Jüngere Arbeiten schließlich verweisen auf die Unzahl 'neuer' Qualitäten von Tabus, die unsere heutige Sexualnorm beherrschen (s.o.), die - wie dargestellt - folgerichtig mit der allgemeinen Moral der Gesellschaft einhergehen (Schnabl (264)) und dergestalt eher fordernden als restriktiven Charakter besitzen.

Es entwickelt sich so ein Bild, in dem sich Widersprüche (z.B. Liberalisierung hier - neue Tabus mit forderndem Charakter dort; 'peer-group'-Zwänge bei Jugendlichen hier - unzureichende gesellschaftliche Unterstützung bei ihren sexuellen Problemen dort etc.) häufen und in dem beinahe gegensätzliche Forderungen und Erwartungen an den Einzelnen die Situation kennzeichnen. Von einer Enttabuisierung im Sinn der Eröffnung eines Weges für weitgehend selbstbestimmte Sexualität spricht kein Autor, im Gegenteil: gegen zum Teil überkommene Tabus neu eingetauschte Zwänge werden meist in einem Atemzug mit dem gehäuften Vorkommen sexueller Funktionsstörungen genannt.

Im folgenden soll der Einfluß dieser Prämissen, die maßgeblich die Einstellungen zur Sexualität prägen, auf die Wahrnehmung sexueller Funktionsstörungen berücksichtigt werden.

¹ Mead, M.: Mann und Weib; Reinbek, 1958

4. Wahrnehmung sexueller Funktionsstörungen durch Arzt, Patient und Partner

Die hier vorgenommene Aufteilung der Wahrnehmung sexueller Funktionsstörungen einmal durch den Arzt, dann durch den Patienten und schließlich durch den Partner des Patienten ist willkürlich und künstlich; sie dient lediglich einem besseren Überblick.

Es soll nicht mehr auf die Quantität, sondern vornehmlich auf die Qualität des Wahrnehmungsgeschehens eingegangen werden; daß die Wahrnehmung sexueller Funktionsstörungen generell zugenommen hat, läßt sich aus der Bedeutung der Sexualität (s.o. B I 1.1.) und der damit einhergehenden Zunahme der Störungen (B I 1.2.) ablesen. Ansätze für eine Begründung dieses Vorganges wurden in B I 2. diskutiert.

Untersucht man nun die Wahrnehmung sexueller Funktionsstörungen auf seiten des Arztes (mit Arzt ist hier nicht der speziell ausgebildete Sexualtherapeut gemeint, sondern der praktizierende Mediziner jeglicher Fachrichtung), so ergibt sich ein Bild, in dem die Einstellung der Ärzte "noch sehr vieles von den tradierten Strukturen im Zusammenhang mit Sexualität und beim Umgang mit Sexualstörungen widerspiegelt" (Springer-Kremser (293), S.220). Dies wird verdeutlicht durch Pacharziñas (217) Befragung von Allgemeinärzten, aus der hervorgeht, daß sich nur jeder zwölfte praktische Arzt an mehr als 20% seiner Patienten wandte bzgl. des Bestehens einer sexuellen Problematik. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Buddeberg (33) in seiner in der Schweiz durchgeführten Untersuchung.

"Die Tendenz, die Intimsphäre auszusparen" (Schmidt/Kessler (263)) registriert Kockott (132) als immer noch bestehende "Scheu, über sexuelle Probleme zu sprechen" (ebd., S. 39).

Woods (326) begründet dies mit dem hohen Grad von Emotionalität und oft Angst, der mit Sexualität verbunden ist und von Burnap (34) bei 20% der von ihm befragten Ärzte festgestellt wird.

Kaplan¹ verweist auf die Konfliktbeladenheit der Sexualität des Therapeuten selbst; Burnap (34) schließlich konstatiert, daß Ärzte von sexuellen Störungen mindestens ebenso oft betroffen sind wie ihre Patienten und sich daraus ein Verhalten ergibt, welches das Gespräch über das Thema

¹Kaplan, H.S.: Training of Sex Therapists; in: Masters/Johnson (188), S. 182 ff.

Sexualität zu meiden versucht. Zusätzlich zu dieser Unsicherheit besteht bei einem Großteil der Ärzte eine erstaunliche Unkenntnis über physiologische und psychologische Grundlagen der Sexualität; sogar die wenigen Informationen über das Sexualverhalten, die nach Kockott (132) und Kaplan (116 a) den wesentlichen Bezugsrahmen für das Vorgehen des Arztes darstellen, sind den meisten Medizinern unbekannt (Pacharzina (217); Kemper (121); Burnap (34); Bräutigam (29)), auch wenn sie dies häufig nur von anderen Medizinern, nicht aber von sich selbst glauben (Pauly (218)). Die Aufmerksamkeit für die Problematik des Patienten ist dementsprechend nicht sehr groß und nur wenige Mediziner verfügen über die notwendigen Fähigkeiten zur Erhebung einer Sexualanamnese, obwohl dies von 75% aller Patienten gutgeheißen würde (Schorsch et al. (268)).

[Exkurs: Der hier umrissene Mißstand - Ergebnis eines Kreislaufs aus Einstellung bzw. Vorurteil, Unkenntnis, Unsicherheit, mangelnder Aufmerksamkeit bei insgesamt wenig verfügbaren Informationen in Bezug auf Sexualität - kennzeichnet die Situation, in der gleichzeitig von vielen Autoren die "Notwendigkeit der stärkeren Beschäftigung des Arztes mit Fragen der Sexualität" (Schirren (257)) beschworen wird, um der Nachfrage bzw. den berechtigten Erwartungen der Patienten entsprechen zu können. Diese 'stärkere Beschäftigung' mit dem Thema Sexualität - die nach Schorsch (269) 75%, nach Burnap (34) 90% der niedergelassenen Mediziner in Form einer Fortbildung ausdrücklich wünschen - nehmen (vornehmlich amerikanische) Autoren auf und schlagen eine Ausbildung bereits von Medizinstudenten vor, die zu einem Katalog von Fähigkeiten führen soll, welche im Umgang mit der Sexualität von Patienten für unerläßlich gehalten werden. (Kaplan, Quelle s.S. 32; Ebert, R.K.: Why medical students need sex education; in: Lief (161), S. 1-9; Woods (326)).

Zusammenfassend betrifft die Ausbildung drei Gebiete: (nach Woods (326))

1. Bearbeitung der Einstellungen und Ängste in Bezug auf Sexualität;
2. das biologisch-soziologisch-psychologische Grundwissen über Sexualität;
3. relevante klinische Fähigkeiten (Anamneseerhebung, Integration und Anwendung des Wissens in der Praxis)

Zu Punkt 1. führt Woods (326) folgende Ziele auf: es soll dem Studenten bewußt werden, daß er mit einer großen Vielfalt sexueller Probleme konfrontiert werden wird; es soll ihm weiter das umfassende Spektrum 'nor-

malen' menschlichen Sexualverhaltens klar werden und damit seine eigenen Ängste und Vorurteile verringert sowie mehr Toleranz erzeugt werden; schließlich soll der 'desensibilisierte' Student 'resensibilisiert' werden, um im Verstehen menschlicher Sexualität und im Umgang mit sexuellen Problemen unbefangen, einfühlsam und professionell zu werden. Marcottes (182) Untersuchung zeigt, daß durch Ausbildung und Training von Studenten eine signifikante Einstellungsänderung und Toleranzerhöhung gegenüber sexuellem Verhalten und Einstellungen Anderer erzielt wird. Kockott (132) nennt im Anschluß daran vier Grundbedingungen, die erfüllt sein müssen, damit der Patient offen sprechen kann:

1. Der Patient muß mit dem Therapeuten seines Vertrauens allein sprechen können.
2. Er muß merken, daß der Therapeut selbst sich frei äußern kann und sein Problem ernst nimmt.
3. Er muß sich in seiner ihm eigenen Sprache äußern können.
4. Für das Gespräch sollte der Therapeut sich Zeit nehmen.]

Angesichts der Tatsache, daß die Wahrnehmung sexueller Funktionsstörungen beim Patienten durch den Arzt von dessen Einstellung zum Thema abhängig ist (Pacharzina (217)), wird die Notwendigkeit einer Vorbereitung und Ausbildung ersichtlich. Denn der ohnehin geringe Anteil von Patienten, der von sich aus auf die Problematik zu sprechen kommt, registriert die ablehnende Haltung des Arztes (Kockott (132); Bräutigam (29)); damit wird auch die von Kockott (132) und Bancroft (17) postulierte größere Offenheit des Patienten, der sich heute dem Arzt eher anvertraut als früher, im Hinblick auf eine Auseinandersetzung mit dem anstehenden Problem bedeutungslos.

Die meisten Patienten äußern sich nicht offen zu ihrer Problematik. Dabei läßt sich dies nicht allein damit begründen, daß die Wahrnehmung sehr unterschiedlich ist, daß manchen Menschen der Verlust ihrer sexuellen Aktivität "ziemlich gleichgültig" ist (Kaplan (116 a), S. 57) und sie keine Notiz von ihrer Störung nehmen. Das subjektive Empfinden, welches Grundlage für den Leidensdruck beim Menschen ist, erfüllt zwar den Tatbestand einer Krankheit (Vogt)¹; doch es ist zu bezweifeln, ob die Tatsache, daß der Patient sich dem Arzt anvertraut, das entscheidende Kriterium für den

¹Vogt, H.J.: Andrologische Aspekte der Familienplanung; in: Eichler (62), S. 323 - 333

Krankheitswert einer Störung (Vogt (305)) darstellt. Denn wenn die Einstellung zur Störung, die Bewertung der eigenen Persönlichkeit und die Norm, der sich der Patient verpflichtet fühlt, zentrale Aspekte darstellen (Kockott (132)), so ergibt sich daraus, daß der sexuell gestörte Patient genauso gut unfähig sein kann, auf seine Problematik zu sprechen zu kommen. Und eben dies ist wohl die Regel, während Offenheit und der Wunsch nach Aussprache die Ausnahme bleiben. Es muß mit einer großen Zahl von Patienten gerechnet werden, denen ihre sexuelle Problematik nicht offen bewußt ist und die mit anderen funktionellen Störungen zum Arzt gehen (Schnabl (264); Dörner (59)) oder den Partner vorschicken (Dörner (59)).

Letzteres kann aus einer 'Schulduzuweisung' für die Störung an den Partner resultieren oder aus dem Umstand, daß der Partner den größeren Mut hat, sich einem Arzt anzuvertrauen (Bräutigam (29)). Der Einfluß des Partners dürfte ausschlaggebend sein für den Weg des Patienten. Das Gefühl persönlicher Ablehnung und Zurückweisung (Kaplan (116 a); Kockott (132)), unter dem der Partner leidet und das ihn mitreagieren läßt (Kockott (132)), äußert sich zumeist in der Ausübung eines starken Druckes auf den sexuell gestörten Patienten, wodurch dieser weit- aus häufiger zum Aufsuchen eines Arztes veranlaßt wird als durch die eigene Motivation (Bräutigam (29)).

Es fiel bei der Literaturdurchsicht auf, daß kaum Untersuchungen zur Frage der Wahrnehmung sexueller Funktionsstörungen beim Patienten und Partner vorliegen, dies im Gegensatz zur Wahrnehmungsproblematik bei Ärzten. Doch lassen sich die Bedingungen der Wahrnehmung sexueller Funktionsstörungen bei den Medizinern in weiten Teilen auf Patienten und deren Partner übertragen, da die persönliche Einstellung zum Thema Sexualität als wichtigstes Moment dargestellt wurde und eine Abhängigkeit der Wahrnehmung bei Patient und Partner von dieser persönlichen Einstellung wohl in gleichem Umfang angenommen werden muß.

B. II Sexualfunktion beim Mann

1. Physiologie

Das Wissen um die physiologischen Veränderungen bei sexueller Betätigung und damit auch über die körperlichen Reaktionen beim Orgasmus entstammt bisher einer einzigen experimentell-klinischen Untersuchung, die auf systematischen, aber nicht repräsentativen Beobachtungen an einer recht großen Stichprobe von insgesamt 649 Männern und Frauen im Alter von 18 bis 89 Jahren basiert: sie wurde von Masters/Johnson (186) publiziert und soll hier (nach Kockott (132)) tabellarisch wiedergegeben werden (Tabelle 1; s. Anhang).

Der Einteilung der Beobachtungen von Masters/Johnson (186) liegt das Modell eines sexuellen Reaktionszyklus zugrunde, der in vier Phasen unterteilt wird (Fig. 1; s. Anhang); jeder Phase können bestimmte physiologische Veränderungen genitaler und extragenitaler Art zugeordnet werden, die Sigusch (286) als 'somatosexuelles Reaktionssyndrom' (ebd., S.145) bezeichnet. Psychische Aspekte werden hierbei nur inadäquat berücksichtigt, z.B. bei der Frage nach der Weise der sexuellen Stimulierung in der Erregungsphase, die somatisch oder psychisch sein kann. Von der Wirksamkeit der Stimuli hängt auch wesentlich die Dauer der Plateauphase ab, die weiter durch den individuellen Antrieb, einen Höhepunkt erreichen zu wollen, bestimmt ist. Die auf wenige Sekunden begrenzte Orgasmusphase läuft beim Mann standardisierter ab als bei der Frau, bei der sich eine große Variation hinsichtlich der Dauer und Intensität des Orgasmus findet. Die Rückbildungsphase beim Mann schließt immer eine individuell unterschiedlich lange Refraktärzeit ein.

Zusätzlich zu den in Tab. 1 (s. Anhang) aufgeführten Veränderungen gibt Sigusch (286) eine Einschränkung der gesamten sensorischen Kapazität während der Orgasmusphase an, die allerdings nicht systematisch untersucht und individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.

Das subjektive Empfinden der Ejakulation läßt sich beim Mann zwei Stadien (Masters/Johnson (186)) innerhalb der Orgasmusphase zuordnen:

Stadium 1 ist gekennzeichnet durch Kontraktion der akzessorischen Geschlechtsorgane (Ductuli efferentes testes; Epididymis; Ductus deferens,

Vesiculae seminales, Prostata), wobei der Samen in die Pars prostatica urethrae ausgetrieben wird. (Gleichzeitig erfolgt eine Ausdehnung des Bulbus corporis cavernosi urethrae und normalerweise die Kontraktion des inneren Harnblasensphinkters, um eine retrograde Ejakulation in die Harnblase zu verhindern.) Diese Kontraktion erlebt der Mann als 'Unvermeidbarkeit' der Ejakulation.

Stadium 2 der Ejakulation beginnt mit der Entspannung des Sphincter externus der Harnblase. Der Samen wird dann durch die Perinealmuskulatur, den M. bulbocavernosus, M. ischiocavernosus und den Sphincter urethrae aus der Pars prostatica urethrae in die Pars cavernosa urethrae getrieben und durch das Orificium urethrae externum ausgestoßen.

Die in diesen zwei Stadien ablaufende Ejakulation ist normalerweise für den Orgasmus des Mannes kennzeichnend; es kann jedoch auch ein Orgasmus ohne Ejakulation auftreten, z.B. bei Jungen vor der Pubertät und Männern nach bestimmten Operationen (Sigusch (286)).

Die im sexuellen Reaktionszyklus auftretende Erektion und Ejakulation sind neurophysiologisch folgendermaßen vermittelt:

Erektion - wie oben angedeutet, als 'Reflexphänomen' (Segraves (274)) auf somatische oder psychische Reize zu verstehen - kommt zustande durch vorwiegend parasymphatische Impulse (Nervi erigentes; S2 - S4), die zu einer Relaxierung der Gefäßmuskulatur der Arteriolen führen und so die Corpora cavernosa sich mit Blut füllen lassen. Kaplan (116 a) spricht von einem "hydraulischen Hochdrucksystem, das Blut als Flüssigkeit verwendet" (ebd., S 162). Sowohl psychogene wie reflexogene Erektionen werden durch Reizung cholinergischer Fasern ausgelöst.

Eine Beteiligung auch des sympathischen Nervensystems bei der Entstehung der Erektion wird von anderer Seite diskutiert (Krane (138)). So glaubt Melman (195) dies aufgrund des Norepinephringehaltes im Corpus cavernosum-Gewebe bei gesunden bzw. impotenten Männern feststellen zu können.

Die Emission (= Stadium 1 der Ejakulation) wird hervorgerufen durch (alpha-)adrenerge sympathische Fasern aus T12 - L3 und ist damit zeitlich kontrollierbar; die antegrade Ejakulation (= Stadium 2 der Ejakulation) hat ihr Zentrum in S2 - S4 und soll parasymphatisch (N. pudendus) vermittelt werden (Segraves (274)). Sie ist ein unwillkürlicher Reflex nach der Emission, der über das willkürliche Nervensystem

und die quergestreifte Muskulatur läuft (Kockott (132)). (Zur Veranschaulichung s. auch Fig. 2 im Anhang).

Die unterschiedliche nervale Versorgung - parasymphatische Steuerung der Erektion; sympathische Steuerung der Ejakulation - , das voneinander unabhängige Auftreten von Erektion hier und Ejakulation da sowie der jeweils zugehörigen Störung und schließlich die Annahme unterschiedlicher Zentren für beide Funktionen im limbischen System (s.u.) führten Kaplan (114) zum Konzept der biphasischen Natur der sexuellen Reaktion des Menschen. "Der erste Teil der sexuellen Reaktion besteht in genitaler Blutfüllung. Der zweite, der Orgasmus, ist im wesentlichen eine Serie von unwillkürlichen klonischen Kontraktionen der Genitalmuskulatur." (ebd., S. 5). Später erweiterte Kaplan (116) ihr Konzept um eine weitere Phase zum triphasischen Modell, bei dem vor die Erregungsphase und Orgasmus- die Lust-Appetenz-Phase tritt.

Das Ausmaß sexuellen Begehrens und Verlangens, die Libidostärke, ordnet sie Funktionen bestimmter Zentren im Gehirn zu, deren Existenz sie aus Ableitungen aus "klinischem Beweismaterial" und aus "Analogieschlüssen aus unserem allgemeinen Wissen über Hirnfunktion und die Neurophysiologie der anderen biologischen Triebe" (Kaplan (116 a), S. 11) - Hunger, Durst, Schlafbedürfnis - annehmen zu können glaubt. Das Lustzentrum und das Schmerzzentrum sind demnach die das sexuelle Verlangen maßgeblich beeinflussenden Strukturen, die als übergeordnete Zentren mit den Sexualzentren verschaltet sind und sich fördernd oder hemmend auf die Genitalreflexe auswirken und damit die folgenden Phasen - Erregungsphase (die bei Kaplan die Plateauphase umfaßt) und Orgasmusphase - begünstigen oder behindern.

2. ZNS und sexuelle Reaktion

Neben Kaplans (116 a) Hypothesen hinsichtlich des Bestehens miteinander verschalteter Zentren (s.o.) sind sich die Autoren einig, daß wenig gesichertes Wissen über die anatomischen Strukturen des Gehirns verfügbar ist, denen bestimmte Funktionen des sexuellen Verhaltens und der sexuellen Reaktion zugeordnet werden kann. Die heute gebräuchlichen Vorstellungen über Anatomie und Physiologie dieser Zentren ergeben sich größtenteils aus Reiz- und Ausschaltungsversuchen bestimmter Hirnstrukturen im Tierversuch (z.B. MacLean/Ploog (175)). Faßt man mit Kockott (132) die bisher gewonnenen Erkenntnisse über zentralnervöse Zentren für Erektion und Ejakulation zusammen, so ergeben sich folgende Aussagen:

- zur Erektion: im limbischen System finden sich Erektionszentren in der Nähe von Ejakulationszentren, sind jedoch nicht mit ihnen identisch. Sie befinden sich vor allem in den hippokampalen Projektionsbereichen zum Septum, im anterioren Anteil des Thalamus und Hypothalamus.
- zur Ejakulation: Reizung im spinothalamischen Trakt, Thalamus und in den Projektionsstellen des Thalamus im limbischen System führen zur Ejakulation. Genitale Empfindungen - ausgelöst durch Berühren des Genitales - werden wahrscheinlich via spinothalamischer Trakt, Thalamus, von dort vielleicht über Verbindungen mit den sogenannten 'pleasure areas' im Hypothalamus und im limbischen System mit Projektionen zum sensorischen Kortex wahrgenommen. Dadurch ist wahrscheinlich der Ejakulationsvorgang kontrollierbar.

Diese Aufteilung in unterscheidbare Zentren korreliert - wie oben besprochen - mit Kaplans (114) biphasischem Konzept der sexuellen Reaktion; ihre neueren Vorstellungen der triphasischen Natur der sexuellen Reaktion (116 a) leiten sich von der Annahme ab, daß die Sexualzentren "sehr wahrscheinlich" (Kaplan (116 a), S. 12) Verbindung mit Lust- und Schmerzzentren haben (s.o.). Die Lokalisation eines Sexualzentrums oder Sexualsystems, das aus einem Netzwerk neuraler Zentren und Schaltkreise besteht und auch mit dem Kortex verbunden ist, geben die meisten Autoren in Thalamus, Hypothalamus, präoptischer Region und vor allem im limbischen System an. Als archaisches System, hervorgegangen aus dem Riechhirn,

wird dem limbischen System zentrale Bedeutung für die Selbst- und Art-erhaltung beigemessen. Es beinhaltet dafür den neuralen Apparat, der Emotion und Motivation generiert und reguliert und das biologische Substrat des komplexen emotionalen und sexuellen menschlichen Erlebens umfaßt (Kaplan (116 a)). Eine Steuerung der Zentren erfolgt über inhibitorische sowie aktivierende Faktoren (Vogt, H.J.; Quelle s.S. 34). Kockott (132) verweist daneben noch auf enge anatomische Verbindungen zwischen Aggressions- und Sexualzentren sowie auf den Zusammenhang zwischen Sexualität und Geruchssinn, der seiner Auffassung nach seine anatomische Erklärung durch die Lage von Erektions- und Ejakulationszentren im ehemaligen Riechhirn finden könnte.

3. Endokrinologie der sexuellen Reaktion

Hier soll kurz der Einfluß der Sexualhormone erläutert werden, soweit die Wirkungsmechanismen bis heute verstanden sind. Zu den Sexualhormonen - ihrer Beschaffenheit nach Steroide - zählen Östrogene, Gestagene, Androgene. Der wichtigste Vertreter der Androgene, auch männliches Sexualhormon genannt, ist das Testosteron, das in den Leydigschen Zwischenzellen der männlichen Keimdrüsen (Testes) gebildet wird. Unter seiner Wirkung findet beim Menschen etwa vom Ende des 3. Embryonalmonats die Geschlechtsdifferenzierung und damit die Ausbildung des männlichen Urogenitaltraktes statt; fehlt das Testosteron, so entwickelt sich ein weiblicher Urogenitaltrakt.

Nach einer Latenzzeit der Produktion von Androgenen im männlichen Organismus zwischen embryonaler Entwicklungsphase bis zum Beginn der Pubertät setzt dann die innersekretorische Tätigkeit der Keimdrüsen beim Knaben wieder ein. Erstes Zeichen ist ein nächtlicher LH-Anstieg (Luteinisierendes Hormon), der bald auch zu nächtlichem Testosteron-Anstieg führt. Beim erwachsenen Mann bleibt der Testosteronspiegel zwischen dem 20. und dem 60. Lebensjahr relativ konstant (Normwerte: 300 - 1000 ng/ml), um danach wieder abzufallen. Dabei verringert sich der Anteil des Gesamttestosterons um ca. 20%, der des freien Testosterons und des Dihydrotestosterons um ca. 40% (Kockott (132)) - beide biologisch wahrscheinlich am wirksamsten. LH und FSH (Follikel stimulierendes Hormon) hingegen steigen in diesem Abschnitt - im Sinn einer Rückkopplung - an. Testosteron, das geringen tages- und jahreszeitlichen Schwankungen unterworfen ist, wirkt so gesehen als Regelgröße der hypothalamisch-hypophysär-testikulären Achse. (Fig. 3; s. Anhang).

Die Wirkung des FSH beim Mann besteht in einer Stimulierung der Spermienogenese; LH regt das Wachstum der Leydig-Zellen und die Androgenbildung an. Unter den Sexualhormonen ist die Rolle des Testosterons noch am besten verstehbar: bei einem echten Androgendefizit sinkt die Libido des Mannes, wie dies in Untersuchungen über die Folgen von Kastrationen festgestellt worden ist (Schorsch (268)); umgekehrt steigt die Libido, wenn vorher ein Androgenmangel vorgelegen hat.

Vogt (Quelle s.S. 34) weist darauf hin, daß beim Gesunden normalerweise ein großes Überangebot von Testosteron besteht und bei ihm keine Relation zwischen Plasmaspiegel und sexueller Aktivität auszumachen ist.

Auf die Möglichkeit einer Entkopplung von sexueller Funktion und Plasma-Testosteronspiegel weisen die Ergebnisse von Schwartz (271): er fand keinen signifikanten Unterschied zwischen Plasma-Testosteronspiegeln bei 199 gesunden im Vergleich zu 341 funktionsgestörten Männern.

Sicher aber ist, daß zur Entfaltung und Aufrechterhaltung einer optimalen Erregbarkeit Androgene notwendig sind. Sie wirken nach Schorsch (268) wahrscheinlich in dreifacher Weise:

Sie sensibilisieren die Sexualzentren im limbischen System und im Hypothalamus; sie sensibilisieren die äußeren Genitalorgane; sie erhöhen allgemein die Aktivität und Vitalität durch Stimulation des Stoffwechsels

(Kockott spricht in diesem Zusammenhang von einem "fördernden Einfluß auf Konzentrationsfähigkeit, Aggressivität, Appetit und Wettbewerbsfreudigkeit..."; (132), S. 24).

Kaplan (116 a) erwähnt neuere Befunde über einen im Gehirn produzierten LH-Freisetzungsfaktor (LH-RF), der sexuelles Verlangen steigern können soll, auch wenn Testosteron nicht vorhanden oder unwirksam ist.

Kockott (132) spricht von der Bildung eines Gonadotropin Releasing Hormons (GnRH), das im Hypothalamus unter Einfluß des Kortex die Produktion von LH und FSH im Hypophysenvorderlappen in Gang setzen soll.

Diesen Hormonen wie auch den Androgenen wird eine Interaktion mit den Neurotransmittern, die die Mediatoren neuraler Impulse in den Sexual-Schaltkreisen sind, in der Beeinflussung des Sexualverhaltens zugeordnet. So soll Serotonin oder 5-Hydroxytryptamin hemmend, Dopamin hingegen stimulierend auf die zerebralen Sexualzentren wirken. Benkert (23) konnte jedoch den Nachweis eines Einflusses dieser Substanzen auf die Hormone der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse beim gesunden Mann - bis auf einen Prolactin-Anstieg nach Haloperidolgabe - mit den ihm zur Verfügung stehenden Methoden nicht erbringen.¹

¹Einen guten Überblick über Anatomie, Physiologie und Endokrinologie der Erektion gibt Wagner (312)

B. III Sexuelle Funktionsstörung - Psychosomatische Erkrankung

Die sexuellen Funktionsstörungen werden den psychosomatischen Erkrankungen zugerechnet (Bancroft (17); Masters/Johnson (188)); sie erfüllen sowohl die Forderung nach dem Vorliegen einer Störung physiologischer Funktionskreise als auch die einer Sinnhaftigkeit der Störung im Zusammenhang mit dem sozialen Handeln des Individuums (Brede (31), S. 9). Damit bestehen für das Auftreten sexueller Funktionsstörungen - wie für alle psychosomatischen Erkrankungen - unabhängig von dem Vorliegen körperlicher Befunde bestimmte psychische Faktoren bzw. Konstellationen (Kemper (121)), d.h. es wird eine Beteiligung des Subjekts am Vollzug physiologischer Veränderungen angenommen, die in Krankheit einmünden.

Erst dieses psychosomatische Konzept hat die Möglichkeit eines besseren Verständnisses sexueller Funktionsstörungen gebracht und sich als nützliches Arbeitsmodell bewährt (Kaplan (116 a)). Andererseits entstehen bei der Anwendung dieses Konzepts in Diagnostik und Therapie die gleichen Schwierigkeiten wie bei allen übrigen psychosomatischen Krankheitsbildern:

Lassen sich sexuelle Funktionsstörungen innerhalb der Gruppe der psychosomatischen Erkrankungen noch den Störungen funktioneller Art ('Kopfschmerzen', 'Herzklopfen' etc.) gegenüber den eigentlichen Krankheiten mit strukturellen Veränderungen (z.B. Hypertonie, Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa) zuordnen, so ergibt sich bei der Frage nach der Ätiologie das gewohnte Bild:

Welches sind krankheitsauslösende Faktoren?

Welche Hinweise gibt es auf Organ- bzw. Systemwahl sowie Symptomwahl des Erkrankten? Welche Individuen erkranken überhaupt?

Ich kann und will hier nicht auf allgemeine Probleme des psychosomatischen Ansatzes in der Medizin eingehen. Wohl aber ist es notwendig, Konzepte der Ätiologie sexueller Funktionsstörungen zu beleuchten, da im Verlauf der Untersuchung im Hauptteil die Frage der Ätiopathogenese wieder auftaucht. (s. auch Beurteilungskriterien-Katalog Punkt 2.2.).

Ich füge die Diskussion ätiologischer Gesichtspunkte an dieser Stelle ein, weil so ein besserer Überblick über die unterschiedlichen Erklärungsan-

sätze gewährleistet ist - dies wäre bei gesonderter Abhandlung unter den einzelnen Krankheitsbildern (C. III 1/2/3) oder gar bei der Darstellung und Untersuchung der einzelnen therapeutischen Ansätze nicht erreichbar. So soll die Voraussetzung dafür geschaffen werden, ätiologische Überlegungen in ihrer Vielfalt erkennen zu können sowie Ähnlichkeiten, Unterschiede, Widersprüche und Auslassungen nebeneinander wahrzunehmen. Im Einzelfall und falls notwendig, werde ich ätiologische Konzepte im Hauptteil im Zusammenhang mit der jeweiligen Therapie erörtern.

1. Ätiologie

Ein Problem bei der Darstellung der ätiologischen Annahmen ergibt sich vorab: das der Begriffsbestimmung. Die verschiedenen Autoren benutzen unterschiedliche Termini zur Bezeichnung dessen, was unter B. I als sexuelle Funktionsstörung definiert wurde: neben diesem Begriff existieren Termini wie 'sexuelle Störungen', 'funktionelle Sexualstörungen', 'sexuelle Dysfunktionen', 'psychosexuelle Störungen', 'psychogene Sexualstörungen' usw. Generell sind damit die gleichen klinischen Erscheinungsbilder gemeint.

Unklarheiten entstehen jedoch durch uneinheitliche Benutzung dieser Begriffe hinsichtlich der Ätiologie der Krankheitsbilder, wobei unterschiedliche theoretische Auffassungen bezgl. der Ätiologie oft die Ursache für die uneinheitliche Benutzung sind. (Kockott (134)).

Deshalb möchte ich hier mit Kockott (134) auf eine Nomenklatur zurückgreifen, die von Sigusch (287 b) vorgeschlagen wird und die ich der weiteren Arbeit zugrundelegen werde:

Danach werden Beeinträchtigungen, die Folge eines organisch-mechanischen Eingriffs oder Prozesses sind, als sexuelle Dysfunktionen bezeichnet.

Im wesentlichen psychosozial bedingte Störungen nennt er funktionelle Sexualstörungen, während der Terminus sexuelle Funktionsstörung als Überbegriff dienen soll.

Auf den ersten Blick löst dieses (deutschsprachige!) Klassifikations-schema die Verwirrung über die Bedeutung der Begriffe auf. Faßt man jedoch all diese Bezeichnungen abermals unter einem Oberbegriff zusammen, nämlich ganz allgemein dem der 'Störung' und stellt diesen Begriff seinem Gegenpol gegenüber - 'Ungestörtsein'; 'Abwesenheit von Störung'; 'Gesundheit' - so ergeben sich neue Schwierigkeiten:

Sie liegen dort, wo es um die Einordnung dessen geht, was manche Autoren als geringe Libido oder herabgesetzte Erregbarkeit, andere als Störungen der Lust-Appetenz-Phase bezeichnen. Jüngere Arbeiten (z.B. Kaplan (116 a); Leiblum (149)) widmen diesem Problem sehr viel mehr Aufmerksamkeit als vergleichbare Untersuchungen älteren Datums, seine Einbeziehung in sexualtherapeutische Überlegungen wird geradezu gefordert. Gleichzeitig herrscht jedoch große Unsicherheit über den adäquaten Umgang mit diesem 'neuentdeckten' Phänomen, die hereinreicht in die zentrale Frage nach dem Krankheitswert, der dieser Erscheinung beigemessen werden kann. Vor allem aber - und dies in Vorwegnahme der folgenden ätiologischen Betrachtungen - besteht erhebliche Ungewißheit darüber, ob und inwieweit das Phänomen der geringen Libido (mit)verantwortlich zu machen ist für die Entstehung einer funktionellen Sexualstörung im obigen Sinn. Die vielen gedanklichen Ansätze zu dieser aktuellen Entwicklung der Sexualforschung können hier nicht im einzelnen dargestellt werden; ich verweise auf die jüngste Literatur. Es sollte lediglich die bestehende Unsicherheit hinsichtlich der Ätiopathogenese der sexuellen Funktionsstörungen zum Ausdruck gebracht und vorab ein Licht geworfen werden auf die Modellhaftigkeit und den Hypothesencharakter, der allen ätiologischen Überlegungen zueigen ist und der die Hinfälligkeit, zumindest aber die Verifizierung solcher Überlegungen zur Folge hat, sobald differenziertere Modelle verfügbar sind.

1.1. Organische Ursachen

Eine Vielzahl organischer Ursachen kann sexuelle Funktionsstörungen verursachen oder mitverursachen, sie muß dies jedoch nicht (Sigusch (287 b)). Dennoch scheinen sie für die Ätiologie sexueller Funktionsstörungen insgesamt nur eine untergeordnete Rolle zu spielen; für die Funktionsstörungen des Mannes werden sie in zwischen 5% (Masters/Johnson (186)) und knapp 30% (Raboch (233)) der Fälle verantwortlich gemacht. Weitaus der größte Anteil der Autoren siedelte bisher den Prozentsatz organisch bedingter Funktionsstörungen zwischen 5% und 10% an. Neuere Studien, die auf differenzierteren Untersuchungsmethoden fußen (s. auch C. III 1.4.1.), stellen diese prozentuale Aufteilung jedoch nachdrücklich in Frage (z.B. Schover (270)).

Aus Gründen der Vollständigkeit seien hier übersichtsmäßig organische Ursachen sexueller Funktionsstörungen bzw. sexueller Dysfunktionen aufgeführt; im übrigen verweise ich auf ausführlichere Arbeiten bzw. Übersichten (z.B. Arentewicz/Schmidt (12); Kockott (132); Raboch (233); Reckless/Geiger (235); Vogt (306); Sadock et al. (248); Kaplan (116 a); Sigusch/Maack (285); Smith (289); Sigusch (287 b); Wagner/Green (312); Weideman (317)).

Scheuer/Schairer (253) nennen folgende organische Bedingungen:

1. Primär organische Ursachen

- a) Fehl- oder Mißbildungen am Penis: Epispadie, Hypospadie, Phimose
- b) Erkrankungen und Krankheitsfolgen der Sexualorgane: Orchitis, Kryptorchismus, Prostatitis, Hodenatrophie
- c) Verletzungsfolgen der Sexualorgane

2. Sekundäre organische Ursachen

- a) Erkrankungen des Nervensystems: Rückenmarkserkrankungen, Querschnittslähmung, Neuropathie (Kockott (132) dazu im einzelnen: Tabes dorsalis, amyotrophische Lateralsklerose; Syringomyelie; Spina bifida; Encephalomyelitis disseminata)
- b) Endokrine Erkrankungen: Diabetes mellitus, Erkrankungen der Hypophyse, Gonaden (mit Androgenmangel), Nebennieren, Schilddrüse, Chromosomenstörungen

- c) Stoffwechselerkrankungen: Lebercirrhose, Niereninsuffizienz
- d) Vaskuläre Erkrankungen: Arteriosklerose, Thrombose der Beckenvenen, Leriche-Syndrom, Hypertonie
- e) Begleitsymptom schwerer organischer Erkrankungen: koronare Herzkrankheit, Leukose, chron. respiratorische Insuffizienz.
(Hinzuzufügen wäre: Posttraumatische ZNS-Läsionen; Genitalerkrankungen als Teillokalisierung anderer Hautkrankheiten)

Als iatrogen bedingte - exogen organische - sexuelle Funktionsstörungen nennen Scheuer/Schairer (253):

1. Operationsbedingte Ursachen: Prostataktomie, Kolon- und Rektumoperationen, abdominale Operationen, Hernienoperationen, Nierentransplantationen.

2. Medikamentös bedingte Ursachen (Auswahl):

- a) Psychopharmaka: Neuroleptika, Tranquillantien, Antidepressiva
- b) Antihypertensiva: Prazosin, Clonidin, Reserpin, Methyldopa
- c) Herzmedikation: Propranolol, Atropin, Disopyramid, Perhexilin
- d) Hormone: Östrogene, Corticoide, Cyproteronacetat
- e) Diuretika: Spironolacton, Hydrochlorothiazid, Chlorthalidon
- f) Lipidsenkende Medikamente: Clofibrat, Probucol
- g) Appetithemmer: Fenfluramin, Diäthylpropion
- h) Tuberkulostatika: Isoniazid, Ethionamid, Prothionamid
- i) Weitere Medikamente: Zytostatika, Dibenzylin, Cimetidin

(Informative Medikamentelisten - bezogen auf die beeinträchtigte Phase der sexuellen Reaktion - stammen von Kaplan (116 a, S. 164ff.) sowie von Sigusch (287 b, S. 96/7)).

Eine sehr umfangreiche Untersuchung über medikamentös bedingte sexuelle Funktionsstörungen stammt von Segraves (274), der generell aussagt:

"Tentative evidence suggests that drugs with side effects of adrenergic blockade are associated with ejaculatory disturbances. Impotence appears to be associated with drugs possessing significant anticholinergic activity." (ebd., S. 157).

Eine dritte Gruppe nicht psychogener Funktionsstörungen ist die der Begleitsymptome einer psychischen Krankheit:

- a) neurotische Krankheit (als Konversionssymptom bei Angstneurose, Depression)
- b) psychotische Krankheiten
- c) Suchtkrankheiten

1.2. Psychosoziale Ursachen

Versucht man einen Überblick über die psychosoziale Genese sexueller Funktionsstörungen zu gewinnen, so kann man mit Arentewicz (12) feststellen, daß es "ein brückenloses Nebeneinander von Annahmen" (ebd., S. 28) gibt, die oft wenig gemein haben. Zum einen liegt dies an den unterschiedlichen theoretischen Ansätzen (s. B. III 2.); weiter spielt die Art der Fragestellung bei ätiologischen Überlegungen eine wichtige Rolle: Dabei ist nicht allein der theoretische Hintergrund des Untersuchers ausschlaggebend, sondern auch sein Ansatzpunkt - werden einzelne Krankheitsbilder genommen; werden Raster erarbeitet, die für alle sexuellen Funktionsstörungen Gültigkeit haben sollen; werden einzelne Ursachen, etwa 'Angst', wiederum auf die Ebene bezogen, auf der die Störung liegt (z.B. Lerndefizit - 'tiefere Ursachen').

Zum anderen erfolgen ätiologische Annahmen hinsichtlich sexueller Funktionsstörungen größtenteils aufgrund theoretischer Überlegungen, was weitgehend durch den Untersuchungsgegenstand selbst bedingt ist. Allgemeine sowie spezielle psychologische Tests werden zwar diagnostisch eingesetzt, doch meist bereits unter der Annahme einer bestimmten Ätiologie (= hypothesengesteuert). So beklagen Autoren wie Apfelbaum (7) oder

Hogan (109), daß es in Ermangelung kontrollierter Studien bis jetzt offen ist, ob die postulierten psychosozialen Ursachen sexueller Funktionsstörungen bei erkrankten gegenüber gesunden Individuen tatsächlich gehäuft vorkommen. Wäre kein signifikanter Unterschied erkennbar, so bliebe die zentrale Frage unbeantwortet, warum unter gleichen Bedingungen einige Menschen erkranken, viele aber nicht. Träten hingegen die ätiologischen Annahmen bei gestörten Individuen öfter auf, so wäre dies zunächst eine Aussage, die zugleich weitere Fragen nach wiederum ihren Bedingungen aufwerfen würde.

Eben hier liegt ein Dilemma der Ätiologie psychosomatischer Krankheiten ganz allgemein.

Der folgende Überblick über psychosoziale Ursachen sexueller Funktionsstörungen ist geprägt von diesen Unsicherheiten, die sich sogar in der unterschiedlichen Auffassung der Autoren über die Frage der Notwendigkeit ätiologischer Modelle für die Behandlung überhaupt niederschlagen (s.z.B. Arentewicz (12); Lord (172)). Wie oben bereits angedeutet, werde ich die ätiologischen Modelle nebeneinander stehen lassen; eine Vereinheitlichung der Konzepte soll hier nicht geleistet werden.

Arentewicz (12) nennt solche ätiologischen Ursachen, die ihm für sein therapeutisches Vorgehen "zumindest ansatzweise hilfreich" (ebd., S. 29) waren, und ordnet sie unter dem Gesichtspunkt, "welche psychologische Bedeutung ihnen zukommt, welche Funktion sie im psychischen Haushalt des Einzelnen und in der Paardynamik haben." (S. 29). Dabei unterscheidet er fünf Bedeutungen oder Funktionen sexueller Störungen:

- a) Abwehr sexueller Ängste (Triebängste, Beziehungsängste; Geschlechtsidentitätsängste; Gewissensängste; abgewehrte Ängste und Symptomatik)
- b) Ausdruck nicht-sexueller Motive
- c) Manifestation von oder Ausdrucksmittel in Partnerkonflikten
- d) Anzeichen von Erfahrungs- und Fertigungsdefiziten
- e) Folge von Erwartungsängsten

Hogan (109) faßt eine große Zahl ätiologischer Erklärungsversuche zu einem Schema zusammen (Fig. 4; s. Anhang); auch in seiner Interpretation erhält 'performance anxiety' - am ehesten übersetzbar mit 'Versagensangst' -

einen zentralen Stellenwert. Bei Kockott (132) ist die Angst als "Antagonist sexueller Erregung" (ebd., S. 64) der Dreh- und Angelpunkt für die Erklärung des Zustandekommens sexueller Funktionsstörungen, Angst als Selbstverstärkermechanismus bzw. 'selffulfilling prophecy'. Die die Angst hervorbringenden Ursachen werden zwar von allen hier genannten Autoren berücksichtigt, allerdings meist als vergleichsweise unwichtig erachtet. (s. auch Lief (161), S. 36).

Apfelbaum (7) trägt eine Reihe von ätiologischen Faktoren zusammen, wenn auch sehr unübersichtlich (Religiösität, Alter, Depression, Angst). Er setzt sich mit dem Begriff der 'performance anxiety' auseinander, so wie Masters/Johnson (187) ihn geprägt und angewandt haben. Dabei gesteht er der Versagensangst zwar eine wichtige Rolle bei Verursachung und Aufrechterhaltung sexueller Funktionsstörungen zu, warnt aber vor ihrer Überbetonung als dem ätiologischen Faktor. Unter der Annahme und mit Bezug auf Kaplan (114 b), daß 'performance anxiety' ebenso gut und gerade auch 'normale' Sexualfunktion hervorbringen kann, wendet Apfelbaum (7) sich der Überlegung zu, wo die Ursache für die unterschiedlichen Reaktionen der Individuen auf 'performance anxiety' liegt. Die Antwort findet sich seiner Meinung nach in einem neuen ätiologischen Modell, in dem vom Begriff der 'sexual dysfunction' der Terminus der 'sexual disorder' abgesetzt werden sollte, unter den damit auch die Möglichkeit des Individuums fielen, auf 'stress' bzw. 'performance anxiety' gerade mit 'sexual functioning' zu reagieren. Damit wäre die Frage nach der 'dual function of sexuality' aufgeworfen: "it can serve a defense function, warding off threatening feelings and relationship issues, and it can also serve an opposite function, as an expression of ego integration and intimacy." (ebd., S. 62).

Friedman (88) weist auf die Wichtigkeit des Interpersonalen Aspektes 'Mann - Frau' bei Entstehung und Aufrechterhaltung der 'Impotenz' hin: "A striking element in the treatment situation was the patients' capacity to achieve potency after work had been done on disturbed aspects of their relationships with their wives, whose attitudes toward sexual intimacy proved to be crucial." (ebd., S. 428).

O'Connor (214) korreliert eine Reihe von Faktoren ("severe parental psy-

chopathology - traumatic initial sexual experience - bizarre familial sexual activity - excessive religious, moral, and sexual prohibition - early familial death rate - sexuality totally ignored - traumatic familial separation - bilateral sexual pathology," ebd., S. 1843) mit "sexual maladjustment" (S. 1843), allerdings ohne Kontrollgruppe.

In kontrollierten Studien hingegen fand zum einen Derogatis (53) mehrere bis dahin hypothetische ätiologische Faktoren bei sexuell gestörten Männern vor (u.a. "higher levels of psychological distress and dysphoric affect", "decrements on sexual information"; "lowered sexual drive levels and a somewhat constricted repertoire of sexual experiences"; "gender role definitions less polarized in the masculine direction"; ebd., S. 201), zum andern stellen Hoch et al. (108) folgende Bedingungen als mögliche Auslöser sexueller Funktionsstörungen zur Debatte:

- "1) Early familial disruption, such as death or separation of parents.
- 2) For the men in our sample a rather traditional or religious upbringing during childhood, as well as maintenance of similar values in the present.
- 3) Lack of correct anatomic-physiological knowledge of human sexual response and needs (espacially about the female).
- 4) Lack of adequate communication between partners, resulting in a lack of empathy.
- 5) Prejudices with regard to 'normal' sexual behavior for males and females.
- 6) Myths, regarding sexual performance." (ebd., S. 205).

Schnabl (264) kommt aufgrund seiner Untersuchung zu einer sehr umfangreichen Liste ätiologischer Faktoren (ebd., S. 428/9). Ein zentraler Punkt ist dabei die Feststellung eines Zusammenhanges der funktionellen Sexualstörungen mit dem Eigenschaftskomplex des Neurotizismus; er kommt zu dieser Aussage aufgrund des gehäuftten Vorkommens einzelner Komponenten und Faktoren neurotischen Fehlverhaltens bei sexuell gestörten Patienten, insbesondere solchen mit 'Impotenz'.

Diese - sehr allgemeine - Auffassung bestätigt Raboch (233) in seiner Untersuchung.

Kockott (134) legt Ergebnisse vor, nach denen das Selbstbild der Patienten mit Erektionsstörungen bzw. Ejaculatio praecox "erheblich gestört zu sein" (ebd., S. 64) scheint, wobei sich diese Patienten konventioneller, weniger selbstsicher und liberal erleben als die Personen der Vergleichs-

gruppen (bestehend aus Normalpersonen sowie aus Diabetikern). Kockott (134) schränkt zwar ein, daß unsicher ist, ob "diese allgemeine Selbstunsicherheit Folge oder zumindest Teilursache der bestehenden Sexualstörung ist", (ebd., S. 64) bezeichnet sie aber als wesentlichen Störfaktor.

Ohne auf einzelne ätiologische Faktoren einzugehen, schlägt Walen (313) ein Konzept vor, mit dessen Hilfe 'Blockaden' des sexuellen Kreislaufs aufgedeckt werden können. Sie mißt kognitiven Faktoren im Ablauf des - gestörten oder ungestörten - sexuellen Kreislaufs zentrale Bedeutung bei und geht vor allem auf 'perception' (am ehesten übersetzbar mit Wahrnehmung; der Verf.) und 'evaluation' (= Bewertung; der Verf.) ein. 'Perception' ist der Prozeß des korrekten Sammelns von Daten und dem Ziehen richtiger Schlußfolgerungen. 'Evaluation' ist der sich anschließende Vorgang der Bewertung der Ergebnisse auf einer Skala von 'gut' bis 'schlecht'. Walens (313) Konzept (Fig. 5; s. Anhang) läßt in jedem Abschnitt Störungen zu, die den sexuellen Erregungskreislauf unterbrechen können; solche negativen sexuellen Erfahrungen lassen sich begründen als 'perceptual errors' oder 'evaluative errors' und sind ihrer Meinung nach gültig und anwendbar für jede Form funktioneller Sexualstörungen.

Die Bedeutung von 'perception' und 'evaluation' heben ebenfalls Zilbergeld/Elison (334) hervor, wenn auch nur in der Diskussion um die Entstehung von Schwierigkeiten in und Störungen der sogenannten Lust-Appetenz-Phase (im Original: 'Desire discrepancies and arousal problems'; der Verf.), nicht der Erregungs- oder Orgasmusphase. Die gleichen Begriffe nennt LoPiccolo (171) im Zusammenhang mit 'low sexual desire'; die Autorin assoziiert darüberhinaus das Vorkommen von 'low sexual desire' mit "presence of sexual dysfunction" (ebd., S. 41), ohne sich allerdings näher über Ursache und Wirkung auszulassen.

Sharpe (280) schlägt ein Klassifikationsschema vor, in dem 'human functional sexual disorders' fünf verschiedenen Bereichen zugeordnet werden:

1. Disturbances of the physiological sexual response cycle.
2. Disturbances of perceptual component of the sexual response cycle.
3. Disturbances of subjective satisfaction in the sexual response cycle.
4. Distress concerning sexual functioning associated with false beliefs

or lack of sexual knowledge.

5. Socio-sexual distress." (ebd., S. 108). In seinen Ausführungen zur Gruppe zwei betont Sharpe, daß perzeptionelle Störungen auf jeder Stufe des sexuellen Reaktionszyklus vorkommen und diesen dadurch unterbrechen können.

[Exkurs: Ich möchte an dieser Stelle auf einen inhaltlichen Aspekt solcher Erklärungs- bzw. Klassifikationsschemata aufmerksam machen, der im seltensten Fall vom Autor herausgestellt wird (Ausnahme bei den von mir untersuchten Arbeiten: Zilbergeld et al. (334); er betont ausdrücklich die Unzulänglichkeit des Masters/Johnson-Modells und postuliert seinerseits fünf Komponenten als Hauptbestandteile der menschlichen Sexualität: "Interest, arousal, physiological readiness (vaginal lubrication/swelling and erection), orgasm, and satisfaction (how one feels about or evaluates what has gone before)." (ebd., S. 71).).

Diese Schemata gehen mehr oder minder über den oben dargestellten sexuellen Reaktionszyklus von Masters/Johnson (186) hinaus, der zwar als Kern erhalten und stehen bleibt, jedoch insgesamt für nicht ausreichend gehalten wird. Dies ist aus den hier abgehandelten ätiologischen Betrachtungen zum Teil ersichtlich. Es zeigt sich ferner, daß ätiologische Überlegungen Hand in Hand gehen mit Veränderungen und Erweiterungen der Theorie menschlicher Sexualität.]

Springer-Kremser (293) sieht drei miteinander in Wechselwirkung stehende Problemkreise an der Entstehung der psychogenen Funktionsstörung beteiligt:

1. Sozio-kulturelle Faktoren
2. Der Interaktionsstil (die Kommunikation in der Partnerschaft)
3. Die Psychodynamik des Einzelnen

"Je nach der quantitativen Beteiligung der drei Problemkreise an der Funktionsstörung bilden die ursächlichen Faktoren ein Kontinuum, das von oberflächlicher Erwartungs- und Versagensangst bis zur tiefergehenden psychopathologischen Dynamik reicht, welche bewirkt, daß die sexuelle Reaktion eine bedrohliche symbolische Bedeutung auf einer unbewußten Ebene gewinnt" (ebd., S. 221).

Von dieser Vorstellung geht auch Kaplan (114 b) aus, die ihr Konzept beträchtlich erweitert hat und das zur Zeit am weitesten ausgearbeitete Modell vorstellt, in dem der größte Teil der bis hier angeklungenen ätiologischen Überlegungen integriert ist:

ausgehend vom psychosomatischen Konzept der sexuellen Funktionsstörung - sexuelle Funktionsstörung als Produkt physiologischer Begleiterscheinungen der Angst - vertritt sie in der Frage der Symptomwahl den Standpunkt des individuellen psychophysiologischen Reaktionsmusters jedes Menschen, wonach manche Individuen auf jede Form von Stress mit charakteristischen Hemmungen ihrer sexuellen Funktion reagieren. Zu dieser spezifischen Vulnerabilität des sexuellen Erregungskreislaufs kommen nach Kaplan (116 a) noch drei physiologische Variable hinzu, die zur Symptomwahl beitragen:

1. Der Zeitpunkt im Ablauf sexuellen Geschehens und Erlebens, an dem Angst und Angstabwehr in Erscheinung treten, bestimmt in gewissem Ausmaß die Art des vom Patienten entwickelten Symptoms. So entstehen - entsprechend Kaplans (166 a) triphasischem Konzept des sexuellen Erregungskreislaufs - Probleme der Lust-Appetenz-Phase, wenn Angst sehr früh in der Sequenz Verlangen - Erregung - Orgasmus ausgelöst wird. Analog wird das Auftreten der Angst zu einem späteren Zeitpunkt die Erregungs- oder Orgasmusphase stören.

2. Die Qualität oder Intensität, aber nicht der Inhalt der tiefer- bzw. zugrundeliegenden Angst ist eine weitere Determinante. Dabei sind nach Kaplan die unmittelbaren Ursachen der verschiedenen Funktionsstörungen ziemlich spezifisch - was sie mit Angstqualität beschreibt -, nicht aber der Inhalt der tieferen Ursachen, die zur Entstehung der unmittelbaren Ursachen beitragen: So sollen Patienten mit Störungen der Lust-Appetenz-Phase als Gruppe schwerer wiegende intrapsychische und/oder partnerschaftliche Konflikte haben, als Patienten mit Orgasmusproblemen, bei denen relativ harmlose und weniger hartnäckige Probleme häufiger gefunden werden. (Die Autorin beschreibt zum besseren Verständnis - da sich 'Qualität' bzw. 'Intensität' oder 'Harmlosigkeit' nicht objektivieren lassen -, was sie in Hinsicht auf die zugrunde liegenden Ursachen mit harmlos, intensiv, oberflächlich oder tief meint; ebd., S. 25ff.).

Insgesamt resultiert aus den Punkten 1 und 2 die Hypothese, daß die drei Gruppen von Funktionsstörungen auf einem Kontinuum zunehmend gravierender Ursachen nicht gleichmäßig verteilt sind. Patienten, die Verlangen nach

Sexualität haben und sich erregen können, deren Probleme also auf den Organismus begrenzt sind, gruppieren sich im harmloseren Bereich tieferliegender Ursachen. Demgegenüber sind Patienten, deren Funktionsstörungen die Lust-Appetenz-Phase betrifft, stark in der Kategorie schwerer wiegender Verursachung repräsentiert.

3. Die verschiedenen Funktionsstörungen schließlich sind assoziiert mit spezifischen Bedingungen der unmittelbaren Auslösung bzw. spezifischen Abwehrmechanismen gegen sexualbezogene Angst. Die Art dieser spezifischen Vor- und Auslösebedingungen bestimmt das entwickelte Symptom, weil dieses aus der Interaktion zwischen Abwehr und sexueller Reaktion resultiert. Ejaculatio praecox z.B. sieht Kaplan so gut wie immer verknüpft mit Abgelenktsein bei hohen Graden sexueller Erregung, was wiederum Abwehrmechanismus der durch hohe Erregung hervorgerufenen Angst ist; die Ursache für Angst kann dabei sehr unterschiedlich sein. Impotenz sieht sie verbunden mit beim Geschlechtsakt aufkommender Angst, die (Impotenz) aber hier nicht Folge einer Angstabwehr ist, sondern physiologische Begleiterscheinung der Angst.

Sexuelle Lust-Hemmung, also Störung der Lust-Appetenz-Phase, wird spezifisch unmittelbar verursacht durch Unterdrückung sexuellen Verlangens. Dies geschieht durch Hervorrufen 'negativer' Gedanken und Fokussierung auf sie, sobald sich eine sexuelle Situation ergibt.

Die Ursachen für diesen 'Abschaltmechanismus' sind vielfältig und liegen wiederum auf verschiedenen tiefen Ebenen.

Soweit der Überblick über - vor allem psychosoziale - Ursachen sexueller Funktionsstörungen. Aus den unterschiedlichen ätiologischen Erklärungsansätzen der hier zitierten Autoren lassen sich trotz zum Teil weit auseinanderliegender Schwerpunkte zwei Feststellungen ableiten:

1. Es kann heute nicht mehr davon ausgegangen werden, daß eine einzelne pathogene Erfahrung, und sei sie noch so traumatisch, für die Entstehung einer funktionellen Sexualstörung verantwortlich zu machen ist. "Sexuelle Störungen entstehen aus einer Kette von unterschiedlichen Erfahrungen in verschiedenen Lebensabschnitten, von denen jede für sich nie mehr als eine Disposition ist." (Arentewicz (12), S. 29).
2. Eine scharfe Abgrenzung zwischen Psychogenese und Soziogenese ist nicht möglich. Psychogenese ist immer zugleich auch Soziogenese, denn der in-

trapsychische Konflikt, der jeder psychischen Störung zugrunde liegt, ist ursprünglich immer ein interpsychischer Konflikt gewesen, d.h. ein Konflikt, der zwischen dem Individuum und entscheidenden Personen des sozialen Umfeldes in der frühen Kindheit beginnt und der sich in allen folgenden Lebensabschnitten in immer weitreichenderen sozialen Zusammenhängen fortsetzt.

2. Arbeits- und Therapiemodelle in der Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung bei funktionellen Sexualstörungen

In diesem Abschnitt werden zum einen die psychotherapeutischen Arbeitsmodelle dargestellt, die den meisten Autoren wiederum die Grundlagen für die oben genannten ätiologischen Überlegungen lieferten. Zum anderen sollen die zu den Arbeitsmodellen gehörigen Therapiemodelle in ihren Grundzügen erläutert werden; diese Therapiemodelle bilden die Hauptkomponenten der in der amerikanischen Literatur als 'sex therapy', in der deutschen Literatur meist als 'Sexualtherapie' bezeichneten Psychotherapie. Damit soll zum Ausdruck kommen, daß die sogenannte moderne Sexualtherapie sich meist als integrative Therapieform versteht, der nicht nur eine, sondern mehrere theoretische Ansätze zugrunde liegen (s. Kaplan (114), nach Hott (110) eine "short-term, time-defined intensive therapy with a multifaceted, eclectic approach" (ebd., S. 55).

2.1. Verhaltenstherapie

2.1.1. Arbeitsmodell

Die Verhaltenstherapie baut auf den Ergebnissen der experimentellen Verhaltenswissenschaften auf. In ihrem theoretischen Modell werden Verhaltensstörungen als gelerntes Fehlverhalten angesehen und in Reiz-Reaktions-Abfolgen definiert. Für die Therapie müssen jene Gesetzmäßigkeiten erforscht werden, die das gestörte Verhalten jetzt bestimmen und bestehen lassen. Dabei interessieren pathogene Faktoren der Vergangenheit nur insoweit, als sie noch in der Gegenwart fortbestehen.

Die Lernpsychologie hat die entscheidenden Ansätze für die Verhaltenstherapie geliefert. Sie unterscheidet zwei Hauptformen des Lernens:

- die klassische Konditionierung

Sie besagt, daß neutrale Reize, die regelmäßig vor einem Ereignis auftreten, das zuverlässig eine Reaktion des Organismus auslöst, durch 'Koppelung' zu konditionierten Reizen werden, die konditionierte Reaktionen auslösen.

- die operante Konditionierung

Hier ist die Reaktion auf ein Verhalten entscheidend. Durch Verstärkung bzw. Bestrafung wird die Wahrscheinlichkeit erhöht bzw. vermindert, mit der eine Verhaltensweise wieder auftritt. Handlungen werden also durch ihre Folgen gesteuert. Dieses Schema S-R-C- (Stimulus-Reaktion-Konsequenz) wurde erweitert um die Dimension der Organismusvariable O - sie beinhaltet die biologischen Gegebenheiten und die Lerngeschichte des Individuums - und der Kontingenz K zum Schema S-O-R-K-C.

Zu den Begriffen Verstärkung/Bestrafung:

Es gibt zwei Möglichkeiten der Verstärkung:

- positive Verstärkung; hier wird dem Verhalten unmittelbar folgend ein positiver (angenehmer) Reiz dargeboten.
- negative Verstärkung; hier wird reaktionskontingent ein Stimulusereignis weggenommen bzw. beendet.

Sowohl positive als auch negative Verstärkung führen zu einer Erhöhung oder Aufrechterhaltung der Reaktionsrate.

Auch bei der Bestrafung gibt es zwei Möglichkeiten das Verhalten zu beein-

flussen, so daß die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens reduziert wird:

- durch Darbietung eines negativen (unangenehmen) Reizes, unmittelbar dem Verhalten folgend;
- durch Beendigung eines positiven (angenehmen) Reizes.

Lernpsychologische Theorien gehen davon aus, daß jedes Verhalten auf die hier dargestellten Arten erlernt ist, einfaches und komplexes Verhalten, gesundes und krankhaftes, ebenso sexuelles Verhalten.

Auf die gleiche Weise ergeben sich Verhaltensstörungen bzw. Neurosen:

"Die Lerntheorie betrachtet neurotische Symptome einfach als gelernte Gewohnheiten. Es gibt keine Neurose, die dem Symptom zugrunde liegt, sondern nur das Symptom selbst." (Eysenck; zit. nach Kraiker (137), S. 13).¹

Das Verhalten ist also nicht Effekt einer tieferliegenden Ursache, sondern als Stichprobe des komplexen Musters von Verhaltensweisen anzusehen, das die Neurose als solche charakterisiert, und gilt aus diesem Grund als Symptom oder besser als Kriterium eben dieser Neurose.

Für die funktionelle Sexualstörung als Eigenschaft bzw. erlernte Gewohnheit werden vor allem aversive Konditionierungen erster sexueller Erfahrungen oder spätere Assoziationen sexueller Reizsituationen mit negativen Eindrücken in bestimmten Situationen verantwortlich gemacht. Derart phobisches Gepräge ist häufig und entwickelt sich nach einem traumatischen Ereignis in der Vergangenheit, welches eine konditionierte Furchtreaktion vor Situationen verursacht, die mit dem Ereignis in unmittelbarem Zusammenhang standen. In der Folgezeit weicht der Patient solchen Situationen aus und wird für das Ausweichen dadurch 'belohnt', daß keine Angst mehr auftritt. So entwickelt sich eine sekundäre konditionierte Gewohnheit, die gefürchtete Situation zu vermeiden. Diese Vermeidungsreaktion imponiert als Phobie.

Auf der lerntheoretischen Basis entstanden in der Folge abgewandelte bzw. weitreichende Konzepte, die Faktoren wie Unwissenheit, sexuelle Normen, unrealistische Einstellungen, Partnerproblematik etc. miteinzubeziehen versuchen.

¹ Eysenck/Rachman: Neurosen - Ursachen und Heilmethoden; Berlin, 1967

2.1.2. Therapiemodell

Generell wendet die Verhaltenstherapie die Prinzipien der Lerntheorie an, um neurotisches bzw. unerwünschtes Verhalten (=Symptomatik) zu verändern. Ansatzpunkte sind die die Störung aufrechterhaltenden Faktoren (Kockott (132)), deren Veränderung bewirkt Verhaltensänderung. Dabei geht der Therapie eine Verhaltensanalyse voraus, die auf drei Ebenen (Verhaltensebene, subjektive Ebene, physiologische Ebene) das derzeitige Verhalten, die Lerngeschichte des Symptoms, die Lebensgeschichte erfassen und zu einer Hypothese zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung führen soll (Schmid (258)).

Die eigentliche verhaltensorientierte Behandlung umfaßt nach Ferner (70) sechs Stufen: Sie reichen von der Phase der Orientierung über die Problemdefinition zur Anleitung des Patienten, worauf die Formulierung einer Lösung und schließlich eine Experimentierphase folgen. Die Evaluierung bildet die letzte Stufe dieses Vorganges.

LoPiccolo (166) faßt gemeinsame Elemente verschiedener verhaltenstherapeutischer Sexualtherapien zusammen, deren Gewichtung in der Therapie des einzelnen Patienten abhängig von den ermittelten ätiologischen Faktoren ist: danach ist nicht allein der Symptomträger zu therapieren, sondern beide Partner müssen in die Behandlung einbezogen werden. Auf dieser Grundlage sind die wichtigsten Behandlungsbestandteile:

Vermittlung von Information, Aufklärung, Einstellungsveränderung, Ausschalten der 'performance anxiety', Verbesserung der Kommunikation zwischen den Partnern hinsichtlich sexueller Gefühle und Techniken, Veränderung von Lebensgewohnheiten, die sich negativ auf das Sexuelleben auswirken sowie konkrete Anleitungen zu veränderndem Verhalten.

Die wichtigsten Methoden dazu beschreibt Kockott (133):

Systematische Desensibilisierung und Manipulation des Sexualverhaltens nach Semans (276) und Wolpe/Lazarus (324) werden vor allem bei Sexualstörungen phobischen Gepräges eingesetzt; Methoden der reziproken Hemmung als Bestandteil des Behandlungspaketes nach Masters/Johnson (187) (nach Bräutigam (29)); Modellernen im Rollenspiel sowie Selbstsicherheitstraining. Die Struktur der verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise beleuchtet Bancroft (18).

2.2. Psychoanalyse

2.2.1. Arbeitsmodell

Nach psychoanalytischem Konzept ist die Sexualität des Erwachsenen das Endprodukt einer Triebentwicklung, deren entscheidende Vorstufen in der frühen Kindheit durchlaufen wurden.

Nach den Leitzonen bzw. dem Primat der Erogenität lassen sich bestimmte Entwicklungsabschnitte unterscheiden:

1. In der oralen Phase herrscht der einverleibende Modus im Verhalten aller Zonen, des Mundes, der Haut, der Atmung vor; im zweiten Teil dieser Phase lernt das Kind aktives Zupacken und Nehmen. In der oralen Phase bildet sich beim Kind ein Grundgefühl des Vertrauens oder aber des Mißtrauens aus. ('Urvertrauen - Urmißtrauen').
2. In der analen Phase werden an der Sauberkeitsgewöhnung und an der muskulär-motorischen Entfaltung die Organmodi des Hergebens und Festhaltens geübt. Zu frühe und strenge Forderungen können zu einer stärkeren Passivität und Unterwerfung führen, wenn sie mit viel Versagungen verbunden sind, mit einer retentiv-feindlichen Einstellung. Gehen können, Beherrschung der Muskulatur und der expansiven Entfaltungsmöglichkeiten führen zu frühen Formen der Autonomie oder - wenn mißlingend - zu Unsicherheit und Zweifel an sich selbst.
3. In der genitalen Phase wird vom Jungen der eindringende Modus im Spiel wie im Phantasieren für den sexuellen Bereich vorweggenommen. Die mit dem Penis gegebenen Phantasien des Eindringenkönnens, die mit der Vagina gegebenen Phantasien des Aufnehmenkönnens führen zu Differenzen zwischen Jungen und Mädchen. Dem Organmodus parallel gehen Entwicklung- und Konfliktebenen von Initiation, Entfalten, Eindringen und in-Besitz-nehmen-können, ohne oder mit Schuldgefühlen.

Diese Entwicklungslehre der Partialtriebe und ihrer Triebziele hat eine Parallele in der Theorie der Objektbeziehungen:

Die ersten Objektbeziehungen des Kindes gehen zur Mutter. Diese Beziehung muß eine gegenseitige sein, soll es nicht zu Deformierungen kommen, d.h. die gelungene Dyade dieser Zweierbeziehung in der primären Liebe bildet für die weitere Entwicklung eine harmonische Grundlage oder eine Grundstü-

rung wird geschaffen. Diese erste Objektbeziehung - in der sich aktive und passive Triebziele finden - bestimmt die orale und anale Phase und bildet auch die Grundlage für die phallisch-ödipale Phase. Hier wird jedoch aus dem Zweier- ein Dreierverhältnis, in dem der Junge den Vater als Rivalen um die Mutter erlebt und es zu einer Konkurrenz zwischen beiden kommt. In der Zeit des aktiven Austragens dieser Rivalität fühlt er sich vom Vater durch Kastration bedroht, wenn er die Mutter sexuell begehrt. Er gibt sie deswegen auf und richtet seine Wünsche auf andere Frauen; damit wird er zu einer heterosexuellen Liebesbeziehung fähig.

Unfähigkeit zu einer solchen Beziehung resultiert in einer bestimmten Hemmung, z.B. funktionellen Sexualstörungen. Eine derartige Hemmung ist Reaktion des Ichs bestimmter Menschen auf Risiken, die die Sexualität generell in sich birgt. Diese Risiken sind (nach Becker (20)):

- Risiken, die aus der Rivalität erzeugenden Unterschiedlichkeit der Geschlechter und Geschlechterrollen hervorgehen;
- Risiken, die mit der orgasmischen Regression verbunden sind, mit dem Kontrollverlust in der Ekstase und mit dem partiellen Ich-Verlust in der orgasmischen Verschmelzung mit dem Partner;
- Risiken, die dadurch begründet sind, daß im sexuellen Akt immer auch aggressive Wünsche ausgelebt werden;
- Risiken, die mit der generativen Funktion der Frau von Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt verknüpft sind.

In der besonderen psychischen Struktur mancher Menschen aber (mit ihrer Abhängigkeit von der psychosexuellen Entwicklung) muß sich die Sexualität in ihrer subjektiven Gefährlichkeit vergrößert und die Angst- und Schuldreaktion auf sexuelle Erregung und Befriedigung verstärkt haben. Nach Becker (20) werden die mit Sexualität verbundenen Risiken dann zu Gefahren, wenn bestimmte Konflikte während der kindlichen Entwicklung verdrängt worden sind:

- Die ödipalen Konflikte und Probleme sind nicht ausreichend aufgelöst, d.h. die Sexualität ist unbewußt noch immer den elterlichen Objekten verhaftet und somit inzestuös.
- Die Objektbeziehungen sind nicht über das Stadium der Ambivalenz hinaus entwickelt.
- Die Ich-Entwicklung hat nicht zu dem Grad von subjektiver Sicherheit ge-

führt, der notwendig ist, damit die regressiven Prozesse des Orgasmus zugelassen werden können.

- Das Ich-Ideal sexueller Freiheit kollidiert mit dem überwiegend sexuellefeindlichen Über-Ich der Kindheit.

Die Konflikte, die sich in einer Hemmung der Sexualfunktion äußern, sind dem Individuum jedoch unbewußt. So ist das Symptom die Scheinlösung eines Konfliktes, die mit Hilfe von Abwehrmechanismen erreicht wird. Abwehrmechanismen beenden nach Angermann (Quellenangabe s. S. 6) den Kampf der nach Erfüllung drängenden Triebimpulse aus dem Es-Bereich und der ablehnenden Moralinstanz des Über-Ichs, der auf dem 'Schlachtfeld' des Ich ausgetragen wird.

2.2.2. Therapiemodell

In der Therapie sollen die dem Symptom zugrunde liegenden unbewußten Konflikte mit ihrer Trieb- und Abwehrseite aufgedeckt und bearbeitet werden. Dabei spielt die Art des Symptoms (hier: funktionelle Sexualstörung) bei der Aufarbeitung keine Rolle hinsichtlich etwaiger Spezifität der Therapie - diese fragt nur nach unbewußten Konflikten. Teile des Es, des Über-Ich und des unbewußten Ich, die von den Reifungsprozessen ausgeschlossen geblieben waren, sollen mit dem bewußten Ich in Verbindung gebracht werden: Dies hat mit seiner synthetischen Funktion die Möglichkeit, ein besseres innerpsychisches Gleichgewicht und eine bessere Realität Anpassung herzustellen und kann auf die Stabilisierung durch das Symptom verzichten. Für die Störungen der sexuellen Funktion bedeutet dies, daß mit der Bearbeitung der pathogenen Konflikte die Gefahren ausgeräumt oder

zumindest entschärft werden, die dem Ich des sexuell Gestörten aus der sexuellen Betätigung direkt oder durch den Sexualpartner drohen.

Die Techniken, mit denen dies erreicht wird, haben sich seit Freuds klassischer Psychoanalyse weiterentwickelt. Waren dort das Setting und das Einhalten bzw. Beachten der freien Assoziation, der Abstinenzregel, der Übertragung und Gegenübertragung, des Widerstandes, des Arbeitsbündnisses sowie des Analysierens und Deutens (Vogt (307)) als notwendig festgeschrieben, um bis an den Bereich der infantilen Neurose zu gelangen, so wird in dem Ansatz der analytischen Psychotherapie (Frick-Bruder (82)) der Konflikt des Patienten nicht überwiegend in der Neubelebung am Therapeuten bearbeitet, sondern ständig auf die aktuelle Lebenssituation und die aktuellen Beziehungen des Patienten zurückbezogen. Übertragungsprobleme spielen auch hier eine wichtige Rolle.

Psychoanalytische Kurztherapien unterscheiden sich durch verändertes Setting, eine drastische Verkürzung der Gesamtstundenzahl auf 20 - 40 Stunden bei einer Sitzung pro Woche sowie einer Modifizierung des therapeutischen Vorgehens und der therapeutischen Zielsetzung:

Die Kurztherapie hat eher die Form eines Gesprächs. Der Therapeut muß hinter dem Mitgeteilten sehr schnell erkennen, welche psychodynamische Bedeutung es hat und diese Bedeutung aktiver als in der Psychoanalyse durch ergänzende Fragen oder direkte Deutungen verständlicher machen. Es geht dabei um eine Fokussierung, das heißt Eingrenzung des zentralen Konfliktes, der zur Verschlechterung oder zum Neuauftreten der Symptomatik geführt hat. Das Therapieziel besteht in erster Linie in der Beseitigung des aktuellen Konfliktes. (Beispiele: Die '10-Minuten-Therapie' nach Balint¹; die psychoanalytisch orientierte Fokalthherapie nach Malan²).

Eine weitere Veränderung des psychoanalytischen Konzeptes besteht in der Ausdehnung auf eine Gruppe. Mehrere dieser - unterschiedlichen - Konzepte werden von Angermann (Quellenangabe s. S. 6) kurz vorgestellt.

¹Balint, E./Norell, J.S.: Fünf Minuten pro Patient; Frankfurt 1975

²Malan, D.H.: Psychoanalytische Kurztherapie; Reinbek 1972

2.3. Kommunikationstherapie

2.3.1. Arbeitsmodell

Die Kommunikationstherapie versteht seelische Prozesse und Störungen, auch funktionelle Sexualstörungen, als Teil einer verbalen oder nonverbalen Kommunikation. Das Symptom stellt ein Symbol dar, einem sprachlichen Symbol vergleichbar, das in der Interaktion einen kommunikativen Aussagewert hat. Die funktionelle Sexualstörung ist somit Symbol einer umfassender gestörten Kommunikation, die einmal in der Gegenwart, aber auch in der Vergangenheit ihre Ursache hat.

Einige wichtige Axiome zur Kommunikationstherapie stammen von Watzlawick et al.¹⁾ und lauten (zit. nach Frick (81)):

1. Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren.

Der Versuch, sich aus zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen herauszuhalten, wird dort gemacht, wo der Wunsch besteht, die jeder Kommunikation innewohnende Stellungnahme zu vermeiden. Das Symptom wird zur Kommunikation und hat nach Watzlawick im Bereich der Psychosomatik primäre zwischenmenschliche Bedeutung, indem es ermöglicht, sich einer Stellungnahme zu enthalten und sich damit von jeder Verantwortung freizusprechen.

2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt.

Das bedeutet, daß in jeder Kommunikation nicht nur Informationen ausgetauscht werden (Inhaltsaspekt), sondern auch Anweisungen, wie diese Mitteilungen auf der Beziehungsebene zu verstehen sind (Beziehungsaspekt). Besonderes Beispiel: paradoxe Kommunikationsformen, die bei gehäuftem Auftreten besonders leicht zu Störungen führen und die unter besonderen Abhängigkeitsverhältnissen (z.B. Mutter-Kind-Beziehung) zu einer double-bind-Situation führen.

3. Jeder Patient interpunktiert die Verhaltensfolge so, daß der Anfang beim anderen liegt.

4. Zwischenmenschliche Kommunikationsabläufe sind entweder symmetrisch oder komplementär, je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht.

Störungen symmetrischer Beziehungen sind meist durch mehr oder weniger

¹⁾Watzlawick, P. et al.: Menschliche Kommunikation; Bern 1969

offenen Kampf gekennzeichnet; Störungen komplementärer Beziehungen hingegen sind häufig durch starre Komplementarität gekennzeichnet, die meist zur destruktiven Entwertung der Selbstdefinition des anderen führt.

Auf dieser Kommunikationstherapie baut die Therapie von Mandel (1978) auf, die verschiedene psychotherapeutische Richtungen zu integrieren versucht, und zwar verhaltenstherapeutische (Lernen am Erfolg), gesprächspsychotherapeutische (vor allem in Bezug auf die Rolle und Haltung des Therapeuten) und analytische (Übernahme der Abwehranalyse) Elemente.

2.3.2. Therapiemodell

Das therapeutische Ziel ist nicht Heilung der Gesamtpersönlichkeit und die Reduktion innerer Konflikte; Kommunikationstherapie will vielmehr soziale Ängste aufgrund einer verbesserten und sozialen Wahrnehmung sowie eines erweiterten Verhaltensrepertoires verringern. Dabei setzt sich die Kommunikationstherapie statt der Einsicht in vergangenheitsbedingte Motivation in erster Linie die Wahrnehmung des aktuellen Verhaltens zum Ziel. So sollen - unter Zuhilfenahme des oben dargestellten Kommunikationsmodells - nicht individuelle, sondern soziale Konflikte für alle beteiligten Interaktionspartner in befriedigender Weise gelöst und eine optimale, wechselseitige Bedürfnisbefriedigung erreicht werden. Behandelt wird demnach nicht die funktionelle Sexualstörung, sondern die gestörte Partnerschaft, in der funktionelle Sexualstörungen vorkommen.

Die Therapie erfolgt in Form von Einzel-, Paar-, Gruppengesprächen; sie beginnt mit einer Verhaltens- und Konfliktdanalyse und mündet ein in eine Therapie des Lernens und Einübens neuer Einstellungen und Reaktionen, generell der Kommunikation. Wichtige Techniken sind dabei vor allem das Training in Metakommunikation (Erbiten und Geben von Rückmeldung und Umschreibung von sozialer Wahrnehmung), Kommunikationsübungen mit Verstärkersystemen (verbale; Münzen), Kontrastübungen (derselbe Satz wird heiter, traurig, schnell, langsam gesprochen), paradoxe Kommunikation etc. Wenn die verbale Kommunikationsfähigkeit der Partner hergestellt und umfassende Rückmeldung gewährleistet ist, können weitere Interaktionsformen, z.B. taktile oder genitale, schrittweise wieder aufgebaut werden.

2.4. Gesprächspsychotherapie

2.4.1. Arbeitsmodell

Diese Therapie wurde von Rogers¹ begründet und in Deutschland durch Tausch (297) modifiziert. Die Gesprächspsychotherapie versteht sich als klientenzentriert, undurch sowohl die Eigenverantwortlichkeit des 'Klienten' für seinen Konflikt und seine Symptomatik unterstrichen als auch die nichtdirigistische Vorgehensweise des Therapeuten hervorgehoben werden soll: Die Therapieziele sind nicht vom Therapeuten, sondern vom Klienten zu bestimmen. Rogers ging davon aus, daß der 'Klient' am besten über sei-

¹ Rogers, C.R.: Therapeut und Klient; München 1977

ne Probleme bescheid weiß und als einziger die lebensgeschichtliche Tragweite seines Falles empfindet.

Andererseits ist jedem Menschen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Selbstregulation angeboren. Im Laufe des Lebens können jedoch diese Fähigkeiten teilweise verschüttet werden; aus diesem durch belastende Erfahrungen gekennzeichneten Zustand heraus entwickelt sich die Problematik des Patienten. Es geht sinngemäß in der Therapie nicht um die Behandlung einer eigenständigen Symptomatik, sondern darum, dem Patienten zu ermöglichen, eine gefühlsmäßige Bedeutung seiner Problematik zu erkennen und Einsicht zu gewinnen in die häufig widersprüchlichen Beziehungen zwischen seinen Zielen und seinem realen Verhalten. Auf dem Boden dieser Erkenntnisse schließlich soll er alternative Verhaltensweisen zur Lösung seiner Probleme überdenken.

Drei wesentliche Verhaltensmerkmale des Therapeuten gelten als besonders effektiv für eine im obigen Sinn erfolgreiche Therapie:

1. Empathisches Verstehen durch den Therapeuten.

D.h. der Therapeut bemüht sich, die emotionale Erlebniswelt des Klienten, seine Ängste, Befürchtungen, Wünsche, Bewertungen und Ziele so genau und differenziert wie möglich zu begreifen. Der Therapeut soll das innere Bezugssystem des Klienten so weit wie möglich übernehmen, die Welt so sehen, wie der Klient sie sieht und den Klienten so sehen, wie er sich selbst sieht. In Bezug auf sexuelle Probleme kann durch ein solches Verstehen der Prozeß der Enttabuisierung eingeleitet werden, der zu einer wichtigen emotionalen Lockerung führen kann.

2. Emotionale Wärme und positive Wertschätzung.

D.h. die therapeutische Interaktion soll so angstfrei und unbelastend wie möglich sein; der Therapeut versucht, den Klienten in seinen Äußerungen, mit seinen Wertvorstellungen, Wünschen und Schwierigkeiten grundlegend und bedingungslos zu akzeptieren und ihn dadurch ein hohes Maß an Sicherheit fühlen zu lassen, das sein Vertrauen und seine Offenheit fördern.

3. Echtheit und Selbstkongruenz.

D.h. der Therapeut verbirgt sich nicht hinter seiner Expertenrolle, sondern er ist in freier und tiefer Weise in dem Beziehungsverhältnis er

selbst. Ein Rückzug auf seinen therapeutischen Professionalismus und andere ineffektive Verhaltensweisen wie: Suggestion, Instruktion, Rat-schläge, Diagnosen, Erklärungen sollten ausgeschlossen sein.

2.4.2. Therapiemodell

Durch die oben dargestellten Verhaltensweisen des Therapeuten werden die beiden wesentlichen Merkmale des Klientenverhaltens gefördert:

1. Selbstexploration des Klienten.

Der Patient erfährt die emotionale Bedeutsamkeit seiner Problematik klarer, indem er über sich selbst, über seine spezifisch-persönlichen inneren Erlebnisse spricht. Er findet dabei neue Aspekte seines inneren Erlebens und entdeckt Zusammenhänge, die ihm vorher nicht bewußt waren; entscheidend für den Therapieverlauf ist die Intensität der Selbstexploration.

2. Emotionales Durcharbeiten.

Hierbei handelt es sich eher um "einen Prozeß des Fühlens oder des gefühlsmäßigen Erlebens als um einen Prozeß des Deutens, Wissens oder Verbalisierens. 'Experiencing' findet in der unmittelbaren Gegenwart statt und ist der unmittelbare fortwährende Fluß des Erlebens und Erfahrens." (Angermann, S. 416; Quellenangabe s. S. 6).

Ein solches Klientenverhalten wiederum bringt die entscheidenden Effekte der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, die Tausch (297) 'ungsystematische Desensitivierung' nennt. Der Therapeut verstärkt durch sein

Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten bei diesem die Beschäftigung mit seiner Gefühlswelt. Dadurch entstehen sogenannte reziproke Affekte, d.h. gegensätzliche emotionale Reaktionen: auf der einen Seite die durch Selbstexploration bedingten Gefühle von Angst, Furcht, Scham, Verzweiflung und Unruhe, auf der anderen die durch das Therapeutenverhalten geförderte Erfahrung emotionaler Wärme, positiver Wertschätzung, Freundlichkeit, Zuwendung und ausgeprägten Verständnisses. Diese reziproken Affekte bewirken eine Gegenkonditionierung und vermindern Angst- und Furchtreaktionen auf bestimmte auslösende Situationen, Phantasien oder Wünsche. Sie fördern hingegen emotionale Sicherheit, Zufriedenheit, Entspannung; Flexibilität; Selbständigkeit, Initiative, Eigenverantwortlichkeit; Bereitschaft und Fähigkeit zur Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen.

Ein weiteres wichtiges Prinzip für die Wirkungsweise der Gesprächspsychotherapie ist die Zunahme des Differenzierungslernens beim Menschen: Er betrachtet seine Situation distanzierter, trennt Wesentliches von Unwesentlichem und analysiert Wirkungszusammenhänge. So kann er die ihm von frühen Bezugspersonen vermittelten sexuellen Verhaltensmodelle, die in den meisten Fällen mit Unsicherheit, Geheimtheit und Schuldgefühlen verknüpft sind, überprüfen und unter Umständen korrigieren, indem er z.B. seine eigenen Vorstellungen über seine sexuellen Aktivitäten entwickelt.

C. Spezieller Teil

C. I Einteilung der sexuellen Funktionsstörungen beim Mann

Gemäß der oben (B III 1.) vorgeschlagenen Nomenklatur nach Sigusch (287 b) fallen unter den Oberbegriff 'sexuelle Funktionsstörungen' Beeinträchtigungen, die Folge eines organisch-mechanischen Eingriffs oder Prozesses sind und als 'sexuelle Dysfunktionen' bezeichnet werden sowie 'funktionelle Sexualstörungen' mit vornehmlich psychosozialer Genese.

Zunächst möchte ich mit dem Oberbegriff 'sexuelle Funktionsstörungen' weiterarbeiten.

Entsprechend dem sexuellen Reaktionszyklus beim Mann werden Störungen als Ausdruck der Schädigung einer der Phasen dieses Zyklus aufgefaßt und durch Zuordnung zur Erregungs- bzw. Orgasmusphase gesonderte Syndrome formuliert:

1. Erektionsstörungen	-	Hemmung in der Erregungsphase
2. Ejaculatio Praecox	}	Beeinträchtigungen der Orgasmusphase
3. Ejaculatio Deficiens		

Die in dem gleichfalls oben dargestellten triphasischen Konzept der menschlichen Sexualität (Kaplan, 116 a) enthaltene Lust-Appetenz-Phase und deren Störungen werden hier nicht als selbständiges Krankheitsbild berücksichtigt; sie entsprechen Störungen der sexuellen Annäherung, die im Sinne obiger Definition nach Arentewicz/Pfäfflin (in: Sigusch (287 b): "Sexuelle Funktionsstörungen aus verhaltenstherapeutischer Sicht", ebd., S. 27f.) keine Funktionsstörung ist, weil die genital-physiologischen Reaktionen davon nicht betroffen sein müssen.

C. II Beurteilungskriterien

1. Diagnose
 - medizinisch
 - psychologisch
- 1.1. Symptomatik
- 1.2. Meßinstrumente
- 1.3. Gütekriterien
- 2.1. Dauer, Verlauf und Schwere der Symptomatik
- 2.2. Ätiopathogenese
- 2.3. Eigenanamnestische Angaben
- 2.4. Sonstige, derzeit bestehende Erkrankungen (physisch/psychisch)
- 2.5. Medikation für sonstige, derzeit bestehende Erkrankungen
- 2.6. Bisherige psychotherapeutische Behandlungen (Methode, Dauer, Erfolg)
3. Zielkriterien und deren Gewichtung
- 4.1. Patienten (Anzahl, Alter, Geschlecht, sozioökonomische Daten)
- 4.2. Ausschlusskriterien
- 4.3. Einschlusskriterien
- 4.4. Versuchsgruppen
- 4.5. Zeitliche Planung des Experiments
5. Psychotherapeutische Behandlungsmethode
- 5.1. Der Behandlungsmethode zugrundeliegende Hypothese
- 5.2. Generalisationsfördernde Maßnahmen
- 5.3. Rezidivprophylaktische Maßnahmen
- 5.4. Bei wieviel Patienten abweichende Methode eingesetzt
- 5.5. Stationäre/ambulante Behandlung
- 5.6. Dauer einer therapeutischen Sitzung
- 5.7. Therapiesitzungen insgesamt
- 5.8. Zeitdauer zwischen den Sitzungen
- 5.9. n=Patienten nahmen an der ganzen Therapie teil/
durchschnittliche Teilnahme pro Sitzung
- 5.10. Gründe für Ausfälle

C. III Untersuchung

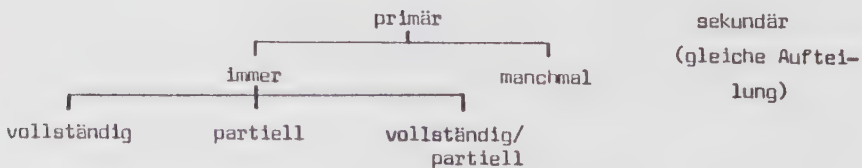
1. Erektionsstörungen

1.1. Definition

Reynolds (238) definiert Erektionsstörungen als Unfähigkeit des Mannes, eine Erektion zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, die - in Abwesenheit von Ejakulationsstörungen - ausreicht für Beginn (Einführung) und Durchführung des Geschlechtsverkehrs einschließlich einer Ejakulation.

Wagner (311) und Sharpe (280) betonen in ihren Definitionen die Rolle der Blutfüllung der Corpora Cavernosa für die Entstehung der Erektion und beschreiben Erektionsstörungen so als das Fehlen bzw. das vorzeitige Abklingen der Phase der Vasokongestion.

Weitere sinngemäße Definitionen lassen sich finden u.a. bei: Kilman (127), Kaplan (114), Levine (155), LoPiccolo (166), Godec (94). Masters/Johnson (186) unterscheiden zwischen primärer und sekundärer Impotenz; primär bezeichnet die Störung, bei der nie eine Erektion erreicht oder lange genug aufrechterhalten werden kann bzw. konnte, um einen Koitus durchzuführen. Der sekundär impotente Mann hingegen muß zumindest e i n m a l imstande gewesen sein, eine Immissio durchzuführen. Graber (99) schlägt eine systematische Einteilung der Erektionsstörungen in Untergruppen vor, die bereits zur Symptomatologie der Erektionsstörungen überleitet: er trennt zunächst nicht-koitale von kotalen Erektionsstörungen. Letztere lassen sich weiter aufteilen in folgende Untergruppen:



Diese Einteilung überschneidet sich zum Teil mit einer Reihe von Kriterien, die Arentewicz/Schmidt (12) als "formale Beschreibungsmerkmale" (S.19)

für diagnostisch und therapeutisch relevant halten. Neben den angesprochenen Kriterien 'primär - sekundär' unterscheiden sie weitere Merkmale:

- situationsbezogen (die Störung tritt nur unter bestimmten Bedingungen auf bzw. unter bestimmten Bedingungen nicht auf)
- partnerbezogen (die Störung tritt nur bei einem oder einigen Partnern auf)
- praktikbezogen (die Störung tritt nur bei bestimmten Formen sexueller Betätigung auf, bei anderen Formen dagegen nicht)
- Art des Einsetzens der Störung (plötzlich - schleichend)
- Schweregrad (partiell = der Koitus ist zumindest gelegentlich möglich
total = der Koitus ist nie möglich)
- Dauer der Störung.

Nach Graber (99) ergeben sich aus einer detaillierteren Beschreibung des Symptomenkomplexes 'Erektionsstörung' nicht nur für die Forschung, sondern langfristig auch für die Therapie Vorteile.

Einen auf genauer Beschreibung des sexuellen Verhaltens basierenden "problem-oriented" (S. 615) Diagnoseschlüssel, der eine recht gute Darstellung und Definition aller sexuellen Funktionsstörungen ermöglicht, schlägt -aus gleichem Grund wie Graber (99)- Schover (270) vor.

1.2. Symptomatik

Nach Sharpe (280) gibt es kein allgemein anerkanntes Symptombild der Erektionsstörungen, das von pathognomonischer Bedeutung wäre. Die in C. III 1.1. dargestellten Beschreibungsmerkmale sind selbst aus der vielfältigen Symptomatik der Erektionsstörungen hervorgegangen und gehören deshalb gleichermaßen an diese Stelle.

Kockott (134) fand bei primär und sekundär Erektionsgestörten eine sehr ähnliche Symptomatik: "Während des Vorspiels bestanden fast vollständige oder zumindest für den Koitus ausreichende Erektionen, die jedoch beim Versuch der Immissio ganz zurückgingen oder deutlich nachließen und kurz nach oder beim Versuch der Immissio verschwanden; volle Erektionen bei der Masturbation und bei den Spontanerektionen oder zumindest fast volle Erektionen; sie waren also bei der Masturbation immer wesentlich stärker als bei Koitusversuchen; der Ejakulationszeitpunkt war bei Koitusversuchen nicht pathologisch verschoben: wurde eine Ejakulation angestrebt, so erfolgte sie zur gewünschten Zeit über manuelle Stimulation durch die Partnerin. Bei der Masturbation war der zeitliche Ablauf der Ejakulation normal." (S. 19).

Weiter schildert Kockott (134), daß Angstgefühle in der Koitussituation und Vermeiden sexueller Kontakte angegeben wurden, daß sich Erektionsgestörte im Selbstbild konventioneller sahen als Normalpersonen sowie die sexuellen Wünsche ihrer Partnerinnen eher zu überschätzen schienen. Bei den endokrinologischen Parametern ergaben sich keine Besonderheiten. Diese Symptomatik wird auch von Arentewicz/Schmidt (12) beschrieben (S. 10). Sie geben darüberhinaus das - sehr seltene - Vorkommen einer Erektionsunfähigkeit auch bei Masturbation und/oder Petting sowie das fehlende Auftreten sogenannter Spontanerektionen nachts oder morgens an. (s. dazu auch C. III 1.4.1.)

1.3. Ätiopathogenese

Eine Übersicht über die ätiologischen Modelle bei sexuellen Funktionsstörungen wurde bereits gegeben (S. III); ich verweise darauf und werde mich hier nicht wiederholen.

Die angesprochene Unzahl ätiopathogenetischer Überlegungen bezieht sich zudem nur selten auf einzelne Krankheitsbilder - also hier Erektionsstörungen -, sondern meist auf sexuelle Funktionsstörungen allgemein. Was zu erwähnen bleibt, ist, daß zwar zwischen einer organischen und einer psychosozialen Genese unterschieden wird, daß es aber häufig bei dieser Trennung bleibt (z.B. Segraves (275)). Darüberhinausgehende Differenzierungsversuche bilden -s.o.- ein brückenloses Nebeneinander oder widersprechen sich gar (z.B. Stichwort Partnerproblematik: Fisher (74) - andere Autoren; z.B. Stichwort Neurotizismus: Schnabl (264), Raboch (233) - Munjack (210); z.B. Stichwort 'religious restrictions': Ansari (5) - Masters/Johnson (186)).

Dies gilt sowohl für ätiopathogenetische Vorstellungen bei sexuellen Dysfunktionen (s. C. III 1.4.1.) als auch bei funktionellen Sexualstörungen.

Es ist an dieser Stelle unmöglich, alle Mutmaßungen und redlichen Bemühungen, alle auf spezifische Einzelfragen zugeschnittene und sich in ihren Aussagen widersprechende Arbeiten zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufassen: Die Reihe der mit Erektionsstörungen in Beziehung gesetzten Beobachtungen ist derart lang (z.B. Schnabl (264); Sigusch (287b), daß eine qualitative Aussage zur Ätiopathogenese sehr verschwommen ausfällt. Zwar ziehen sich zentrale Begriffe wie etwa 'Versagensangst', 'Unwissenheit', 'Partnerproblematik' durch die meisten Arbeiten, doch aus den Fragen nach und zu selbst diesen Kategorien läßt sich eine weitgehende Unsicherheit vieler Autoren über die Wichtigkeit und den Wert solcher Annahmen ablesen (z.B. Munjack (210)). Davon zeugen nicht nur widersprüchliche Aussagen, sondern auch die sprachliche Zurückhaltung: Der Leser stolpert geradezu über 'wahrscheinlich', 'könnte', 'scheint' etc.

Allein die von mir in B. III sowie hier aufgeführten Quellen lassen auf die angesprochene Uneinheitlichkeit und Vielfältigkeit schließen - die Aufzählung ließe sich jedoch beliebig fortsetzen. Es bleibt abzuwarten, ob sich Gedanken zur Ätiopathogenese auf die dargestellte Weise, nämlich zersplittert und voneinander isoliert auch in Zukunft lediglich aneinanderreihen (z.B. Ansari (5), Beutler (25), Evans (65), Fisher (74), Miller (200), Munjack (210), Quadland (231), Safir (249), Schilling/Rattenhuber (256), Raboch (233), Schnabl (264), Segraves (275), Tordjman (298), Vogel (302), Vogt (306), Vogt (304), Wolf (323), Levine (155)) oder sinnvoll miteinander verbunden werden. Dies erscheint angesichts der geschilderten Situation als langwierige, aber lohnenswerte Aufgabe.

(Für den im Kriterienkatalog C. II enthaltenen Punkt: 2.2. Ätiopathogenese ist das hier Gesagte zu berücksichtigen.)

1.4. Medizinischer Behandlungsansatz

An dieser Stelle wird die Trennung der organisch-mechanisch verursachten sexuellen Dysfunktionen von den funktionellen Sexualstörungen mit psychosozialer Genese erforderlich; denn fallen auch beide Gruppen unter einen gemeinsamen Oberbegriff, so unterscheiden sich die therapeutischen Eingriffe für das jeweilige Krankheitsbild beträchtlich voneinander. So sollte hier eigentlich die organisch-mechanisch begründete Erektionsstörung hinsichtlich Diagnostik und Behandlungsansätzen besprochen werden, da nur für sie eine somatische Therapie in Frage kommt.

Doch erweist sich eine klare Trennung als schwierig, sobald der

sichere Boden der eindeutig organisch-mechanischen Ätiopathogenese (z.B. traumatische Nervenläsionen) verlassen wird und eine Verschränkung und Überlappung somatischer mit psychosozialen Ursachen angenommen werden muß: so ist nicht nur der medizinische Behandlungsansatz, sondern auch die hier anzuführenden vielfältigen diagnostischen Methoden im engen Zusammenhang zu sehen mit den vorangehenden Bemerkungen zur Ätiopathogenese der Erektionstörungen: Dort, wo Unklarheit über die eindeutige Verursachung einer Störung besteht, gründet sich die Diagnostik auf Annahmen (Karacan (118)) und die Therapie baut auf eben jener Wahrscheinlichkeitsdiagnose.

1.4.1. Diagnostik

Der Darstellung der diagnostischen Vorgehensweise stelle ich einen Kriterienkatalog Segraves' (275) voran, der einige - mutmaßliche - Unterscheidungsmerkmale zwischen psychogener und organischer Impotenz enthält, um deren Differenzierung es zunächst gehen soll:

(Übersetzung des Verfassers; nach Segraves (275), S. 229):

Tabelle 1: Kriterien für psychogen bedingte Impotenz:

- A. Mindestens eines der folgenden Kriterien für eine vorläufige Diagnose 'psychogener Impotenz':
1. Vollständige, morgendliche Erektionen mindestens zwei Mal pro Woche innerhalb der letzten drei Monate; der Patient kann bestätigen, daß die Erektion für den Versuch, den Penis in die Vagina einzuführen, ausreichend gewesen wäre.
 2. Der Patient beurteilt die bei Masturbation erreichte Erektion als normal.
 3. Der Patient bestätigt, bei anderen Partnerinnen normale, für die Durchführung des Geschlechtsverkehrs ausreichende Erektionen zu erzielen.
 4. Normale Erektionen nach Versuch einer verhaltenstherapeutischen Behandlung; Patient und Partnerin konnten Geschlechtsverkehr durchführen.

5. Häufige, vollständige und andauernde Erektionen bei nicht-koitalen Aktivitäten (z.B. während 5-minütigem Vorspiel, wobei die Erektion erst beim Versuch den Penis einzuführen zurückgeht).
 6. Normale nächtliche Spontanerektionen meßbar; Aufzeichnung zeigt mind. 4 Erektionsphasen/Nacht von jeweils 12 Minuten Dauer bei Umfangszunahme des Penis um 20mm. Dieses Ergebnis sollte abweichen von den Angaben des Patienten zu seiner Erektionsfähigkeit im wachen Zustand.
8. Beide folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
1. Normaler Blutdruck im Penis meßbar; 'Penisindex' (Blutdruckvergleich Arm - Penis) ≥ 0.90 .
 2. Keine erkennbare physische Abnormalität vorhanden, die als Ursache für die berichtete Störung in Frage kommen könnte.

Tabelle 2: Kriterien für organisch bedingte Impotenz:

- A. Alle folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
1. Keine vollständigen Erektionen während der letzten sechs Monate, weder morgendlich oder spontan noch durch Masturbation, andere Partnerin etc.
 2. Vorhandensein organischer Ursachen (z.B. Zustand nach Beckenoperation, Bestrahlung, Verletzung; Diabetes, andere wesentliche endokrine Störung); falls Diabetes: entweder mindestens fünfjährige Insulinpflichtigkeit oder Nachweisbarkeit anderer, z.B. vaskulärer oder neurologischer Komplikationen sowie progressiver Funktionsverlust.
 3. Anamnese muß zeitlich mit organischer Ursache vereinbar sein.
 4. Schleichender Beginn; Ausnahme: eindeutig organische Ereignisse (z.B. Priapismus)
 5. Keine auffälligen psychisch belastenden Vorkommnisse eruierbar; falls doch, soll die Messung nächtlicher Spontanerektionen von der Norm abweichen und auf organische Ursache deuten.
- B. Dieses folgende Kriterium ist allein für die Diagnose ausreichend:
1. Verminderter Blutdruck im Penis ('Penisindex' ≤ 0.60) und von der Norm abweichende Messung nächtlicher Spontanerektionen (Umfangszunahme des Penis weniger als 10mm).

Die Literaturdurchsicht ergab eine Fülle unsystematischer Bemerkungen, ei-

nige grobstriche Vorschläge (z.B. Schilling/Rattenhuber (256), Vogt (306), Segraves (275), Morgan/Pryor (205)), hingegen kaum detaillierte Angaben zum diagnostischen Vorgehen. Stellvertretend für letztere beziehe ich mich im folgenden auf Arbeiten von Scheuer/Schairer (253) sowie Montague (204).

Die Diagnostik besteht aus allgemeiner und spezieller Anamnese, Erhebung des körperlichen Befundes einschließlich neurologischer Untersuchung, Ermittlung einiger Laboratoriumsparameter, psychologischen Tests sowie - abhängig vom Ergebnis der Anamnese und Befunderhebung - weiteren speziellen Untersuchungstechniken.

- Anamnese: neben einer allgemeinen Anamnese wird die spezielle, auf die Sexualstörung bezogene Anamnese erhoben. Diese umfaßt: Symptomatik der Störung, Beginn, Verlauf und Einflüsse im Laufe der persönlichen Entwicklung und in der sozialen Umwelt, bezogen auf Libido, Erektion, Ejakulation und Orgasmus. Weiter sollen eventuelle Veränderungen der Größe des männlichen Genitales, mögliche Abnormalitäten bzw. Veränderungen genitaler Empfindungen erfragt werden. Die Partnerschaft - soweit sie besteht - muß mit ihren Besonderheiten und Konflikten ebenso erörtert werden wie die Einstellung zur Sexualität und deren Veränderung in den verschiedenen Lebensabschnitten. (Einen umfangreichen Fragebogen zur Sexualanamnese haben LoPiccolo/Heiman (169) verfaßt; s. auch Lobitz/Lobitz (163) und Lazarus (145)). Schließlich darf die Fahndung nach sonstigen neurovegetativen und neurotischen Symptomen bei Patient und Partner nicht ausgelassen werden. Die spezielle Anamnese wird vervollständigt durch Befragung zur Fertilität, zum Gebrauch von Medikamenten und Genußmitteln sowie zu früheren und gegenwärtigen Erkrankungen, Verletzungen, Unfällen und Operationen.
- Klinischer Befund: Prinzipiell ist eine internistische Befunderhebung durchzuführen einschließlich neurologischem, endokrinologischem sowie Gefäßstatus. Eine Untersuchung des Genitales hinsichtlich von der Norm abweichender Größen und Konsistenzen, Mißbildungen, Folgen von Verletzungen und Erkrankungen hat zu erfolgen.
- Laboratoriumsuntersuchungen: bei altersentsprechendem, unauffälligen allgemeinem und genitalem Befund ohne Hinweis auf Infertilität sollte Testosteron i.S. bestimmt sowie Diabetes mellitus, Leber- und

Nierenerkrankungen ausgeschlossen werden. Sowohl bei klinischen Anzeichen eines Androgenmangels (eunuchoider Habitus; pathologischer Urogenitalbefund; Veränderung der Größe und Konsistenz der Hoden; Hinweise auf Infertilität) als auch bei grenzwertig niedrigem Testosteron i.S. ist eine zusätzliche Bestimmung von FSH, LH und Prolactin und eine Ejakulatuntersuchung durchzuführen.

Ergeben Anamnese und Befunderhebungen neben der sexuellen Funktionsstörung weitere Symptome einer organischen Erkrankung, so wird die jeweils spezielle Diagnostik erforderlich (z.B. bei Hypertonus; Gefäßerkrankungen; Schilddrüsenerkrankungen).

- Psychologische Untersuchung: In der angloamerikanischen Literatur werden hier meist die psychiatrische Untersuchung sowie spezielle psychometrische Tests (MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory; CPI = California Psychological Inventory) gefordert. Deutsche Quellen nennen vor allem die psychologischen Testinstrumente FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar), EMI (Emotionalitätsinventar) und GT (Giessen Test) (Arentewicz/Schmidt, (12); Lunglmayr (174)). Darüberhinaus gibt es eine Anzahl speziell entwickelter, teils semi-strukturierter Tests, die bei der Besprechung der Literatur in C. III 1.5. genannt werden.

Beutler/Gleason (26) stellen ein Untersuchungsschema vor, das als Screening-Methode gedacht ist und einige der nachfolgend genannten Verfahren enthält.

Neben diesem umfangreichen diagnostischen Vorgehen zur Differenzierung zwischen psychogener und somatischer Genese der Erektionsstörungen ist in jüngster Zeit eine Reihe neuer Methoden entwickelt worden, deren Ziel eine Vereinfachung des Verfahrens, eine Objektivierung des ermittelten Tatbestandes oder eine Abklärung spezieller Fragestellungen - etwa zur Unterscheidung zwischen venös und arteriell bedingten Erektionsstörungen - ist:

Kockott (134) legte einen elf Fragen zur Symptomatologie umfassenden Katalog vor, mit dem sich psychisch bedingte Erektionsstörungen gut von einer Erektionsproblematik im Zusammenhang mit einem Diabetes Mellitus abgrenzen lassen sollen.

Große Beachtung in den letzten Jahren erfuhr die Messung nächtlicher Spontanerektionen: Nach Karacan (118), (119) stellt diese Methode einen

objektiven differentialdiagnostischen Parameter dar, um zwischen Erektionsstörungen somatischer Genese (signifikant geringere NPT sowohl in Stärke wie in Dauer) und psychogener Natur (NPT normal) unterscheiden zu können. (NPT = Nocturnal penile tumescence; Übersetzung: Nächtliche Spontanerektionen; der Verfasser). Auch andere Autoren geben dieses Verfahren als Diagnostikum an (z.B. Fisher (74); Bohlen (28); Wespers/Schulman (320)).

Es mehren sich jedoch kritische Stimmen, die auf die künstliche, weil Laborsituation, dieser Methode verweisen (Hatch (105)), auf ihre ungesicherte Validität (Wein (318)) bzw. anzuwendende Kriterien und die fragliche Treffsicherheit, vor allem unter Hinzuziehung anderer diagnostischer Methoden zum Vergleich, z.B. dem MMPI (Marshall (183), (184), (185); Wasserman (315), (316)) oder der Messung des intracavernösen Druckes (Metz (196)).

Andere diagnostische Methoden entwickeln sich parallel mit nachfolgender Therapie, etwa Ultraschall-Doppler-Sonographie (Wagner (311); Tordjman (298); Kerstein (124)), Penis-Arteriographie (Tordjman (298); Michal (199); Morgan/Pryor (205)), Penis-Thermographie (zur Differenzierung zwischen vaskulär-arterieller und vaskulär-venöser Genese - Tordjman (298)), Corpus Cavernosographie (Montague (204)), szintigraphische Messung des Blutflusses im Penis (Wagner (311)).

Godec (94), der mit seiner Arbeit ein Untersuchungsprotokoll für die Einordnung von Erektionsstörungen vorlegt, benutzt an weiteren Methoden: Die nervale Überleitungsgeschwindigkeit (Stimulationselektrode an der Penishaut, Ableitungsmessung im Sphincter externus ani); systolischer Blutdruckvergleich zwischen Penis und Arm; 'künstliche' Herbeiführung einer Erektion durch 0.9%ige NaCl-Injektion in das Corpus Cavernosum (die dabei gemessene Größenveränderung des Penis wird gleich 100% Erektionsfähigkeit gesetzt und mit den bei Messung der nächtlichen Spontanerektionen erhaltenen Werten verglichen). Zusätzlich entwickelte Godec (95) ein Verfahren gleichzeitiger Umfangs- und Druckmessung.

Einen sehr guten, umfassenden Überblick über alle hier erwähnten Methoden geben Wagner/Green (312), die auch die Schwächen dieser Diagnostika ansprechen.

Auch zu dem Versuch, Erektionsverhalten in Beziehung zu setzen zu Hormonen der Hypophysen-Gonaden-Achse, finden sich zahlreiche Ansätze, die jedoch bisher keine gesicherten ätiologischen, diagnostischen und/oder therapeutischen Erkenntnisse brachten (s.z.B. Evans (65); Pirke (224); Miller (200); Krause (140)).

1.4.2. Behandlungsmethoden

Wird eine Erektionsstörung mit dem Vorliegen einer körperlichen Grund- oder Allgemeinerkrankung in Verbindung gebracht, so richtet sich die Therapie auf Beseitigung dieses Leidens. Der Erfolg hängt dabei von den therapeutischen Möglichkeiten ab, die z.B. bei - reversiblen - endokrinologischen Funktionsstörungen meist besser sind als etwa bei irreversiblen strukturellen Schäden wie Neuropathien oder Gefäßleiden (Cooper (47)).

Hierher gehört ebenfalls das Weglassen von Medikamenten, die eine Erektionsstörung sowie jede andere Form von sexuellen oder auch reproduktiven Dysfunktionen auslösen können (Sigusch (287 b)).

In den großen Bereich der pharmakologischen Sexualtherapie fällt eine Reihe verschiedener Substanzgruppen, deren Wirkung auf die Sexualfunktion sehr schwierig zu bewerten ist (Krause (141)).

Zu nennen sind hier:

- Aphrodisiaka, denen nicht mehr als Plazebofunktion zukommt und die sexuelle Funktionsstörungen nicht beheben können;
- Psychopharmaka, die zwar immer wieder eingesetzt werden, die aber keine nachweisbare Wirkung auf das Erektionsverhalten haben (Vogt (305)) und von Sigusch (287 b) als "generell ungeeignet, oft sogar kontraindiziert" (S. 105) bezeichnet werden;
- Sexualhormone, bei denen Androgene die wichtigste Rolle spielen, kommen ebenfalls oft zur Anwendung bei der Behandlung von Erektionsstörungen, sind aber nur bei tatsächlich vorliegendem Androgendefizit im Sinne einer Substitution wirksam und damit gerechtfertigt (Sigusch (287 b); Krause (140); Pirke (223); Reckless/Geiger (235); Benkert (24); Vogt (305); Godec (95)). Dennoch gibt es immer wieder Versuche, die Wirksamkeit von Testosteron bzw. synthetischen Androgenen (z.B. Mesteron) für die Beseitigung von Erektionsstörungen zu prüfen, teils durch Einsatz bei spezifischen Patientengruppen (Lunglmayr (174));
- Gonadotropine wie übergeordnete Releasing-Hormone des Hypothalamus spielen vor allem im Forschungsbereich eine Rolle. Versuche, durch solche Substanzen die Sexualhormonproduktion bei Potenzstörungen anzuregen, schlugen fehl (Krause (141); Levitt (159)). Ergebnisse über die Wirkung bzw. Rolle von etwa LHRH bei Erektionsstörungen bleiben widersprüchlich (Pirke (224); Evans (65); Benkert (22) und (23)) und zweifelhaft.

Seine Behandlungsversuche mit dem Parasympathomimetikum Duvold (Dethane-colchlorid) nennt Godec (94) zwar vorläufig, aber vielversprechend: Bei 18 therapierten Männern zeigte sich in 6 Fällen ein Erfolg; bei weiteren 11 noch unter Medikation stehenden Patienten ergab sich bereits eine Besserung der Symptomatik.

Zusammenfassend läßt sich mit Krause (141) feststellen, daß kein Medikament seine Wirksamkeit in einem modernen klinischen Versuch hat beweisen können. In Anbetracht dessen ist das Ausmaß der pharmakologischen Therapieversuche nicht nur bei sexuellen Dysfunktionen, sondern vor allem bei funktionellen Sexualstörungen erstaunlich.

Cooper (46) untersuchte die Wirkungen eines mechanischen Hilfsmittels - des "penile ring" (S. 402) - bei 40 nicht-organisch erektionsgestörten Männern im Vergleich zu einem Plazeboring; er fand signifikante Besserung der Symptomatik bei Anwendung beider Ringarten, allerdings ohne signifikanten Unterschied zwischen dem zu untersuchenden "penile ring" und dem Plazeboring.

Chirurgische Eingriffe bilden den letzten hier zu besprechenden Behandlungsansatz. Dabei möchte ich zwischen Penisprothesen einerseits und Gefäßoperationen andererseits unterscheiden.

Die Implantation künstlicher Penisprothesen wird seit 30 Jahren durchgeführt. Seitdem sind zahllose Verbesserungsversuche unternommen worden, sowohl in operationstechnischer Hinsicht wie bezüglich des verwendeten Materials. Heute werden benutzt: Starre Doppelprothesen, bewegliche Doppelprothesen und hydraulische Prothesen (Wagenknecht (309); Furlow (90)). Sotile (291) kommt in einer Literaturübersicht über mehr als 30 Veröffentlichungen zu folgenden Ergebnissen:

1. Unabhängig vom Prothesentyp wurde das Therapieziel (Ermöglichung des Geschlechtsverkehrs) fast immer erreicht.
2. Im Vergleich zwischen starren/halbstarren und hydraulischen Prothesen ergibt sich:

	Starre/halbstarre P.	Hydraul. P.
Komplikationen	16.7% (Infektionen)	31.2% (mechan.)
Versagen	8.0%	0.9%
Prothesenentfernung wegen Komplikation notw.	öfter als bei	hydraulischen
Korrekturoperation	weniger als bei	hydraulischen

Scott (272) gibt Behandlungserfolge bei 234 von 245 mit hydraulischen Prothesen versorgten Männern an. Kessler (125) betrachtet - bei gleicher Methode - 80% der von ihm operierten Patienten ein Jahr nach dem Eingriff als kuriert. Die bei 20% der Patienten aufgetretenen Komplikationen konnten in 4/5 der Fälle beseitigt werden. In einer weiteren Studie berichtet der Autor über ähnliche Ergebnisse (Kessler (126)).

Finney (71) gibt bei 100 Implantatempfängern (halbstarrer Typ) eine Komplikationsrate von 5%, aber keine Ergebnisse und/oder Katamnese an.

Gaur (92) benutzt die Finney-Prothese nur einseitig, um Kosten zu sparen und im Fall eines Mißerfolges das andere Corpus Cavernosum noch zur Verfügung zu haben.

Narayana (211) vergleicht insgesamt 89 Patienten, die verschiedene Prothesentypen erhielten und kommt auf ähnlich Erfolgsraten wie Sotile (291): 88% bei Patienten mit halbstarren, 95% bei Patienten mit hydraulischen Prothesen.

Stimmen auch die Angaben zur Indikationsstellung im wesentlichen überein bei den hier zitierten Untersuchungen (psychogen verursachte Erektionsstörungen wurden in 0 - 10% der Fälle als Indikation zugelassen), so hält die Diskussion über Unsicherheitsfaktoren dennoch an. Kritisch bleibt nicht nur die Indikation generell; auch das diagnostische Vorgehen ist ungeklärt (s. auch C. III 1.4.1.) sowie die Frage der Indikation der spezifischen Prothesenart. (Rieber (244)).

Die größte Ungewißheit herrscht jedoch über die Bewertung der Therapie. Die meisten der oben genannten Autoren begnügen sich mit Angaben zu den Therapieergebnissen wie: 'befriedigend' - 'mäßig' - 'schlecht'. Damit werden Operationsergebnisse fast ausschließlich - und denkbar unzureichend - über die technische Funktion und die mechanischen bzw. organischen Komplikatio-

nen der Prothese charakterisiert. Die Auswirkungen der Prothese auf das sexuelle Verhalten, auf die sexuellen Funktionen, auf das psychosexuelle Erleben des Mannes und seiner Partnerin sowie auf die Partnerschaft selbst werden im Vergleich dazu, falls überhaupt, überwiegend oberflächlich, unpräzise und uneinheitlich abgehandelt.

Der operative Eingriff schafft - gestützt auf von Hypothesen getragene Diagnostik - irreversible und im Ergebnis fragwürdige Fakten; er wird deshalb von Nichtoperateuren für organisch Funktionsgestörte, vor allem aber für aus psychogener Ursache Erkrankte bis heute kritisch beurteilt (Rieber, (244)) oder abgelehnt (Spengler (292)).

Gefäßchirurgische Eingriffe bieten die Möglichkeit, die erektive Potenz durch vermehrten Blutfluß wiederherzustellen (Sharlip (279)). Sie beruhen auf der Diagnose eines arteriosklerotischen oder traumatischen Verschlusses der Penisarterien und/oder der A. Pudenda Interna, wodurch ein zum Erlangen einer Erektion ausreichender Blutfluß (45 - 160 ml/min) verhindert wird. Eine Korrektur wird angestrebt entweder durch arteriocavernöse (epigastricocavernöse oder femorocavernöse) oder arterioarterielle (epigastricopenile) Anastomose (Michal (199)). Andere Autoren benutzen einen venösen Bypass zwischen A. Epigastrica Interna oder A. Femoralis und Corpus Cavernosus. Das Verfahren ist neu und bringt bisher nur in etwa 40 - 50% der Fälle Besserung (Casey (35)), bei häufigen Komplikationen wie Priapismus, postoperativem Anastomosenverschluß etc. Langzeitergebnisse sind wenig zufriedenstellend bis enttäuschend oder liegen noch nicht vor.

1.5. Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Vor allem in der jüngeren Literatur ab ca. 1970 gibt es eine Unzahl von Veröffentlichungen, die sich mit dem Thema der Psychotherapie bei funktionellen Sexualstörungen befassen.

Es schien mir wichtig, für die vorliegende Untersuchung nicht nur auf die wenigen bekannten, überall zitierten Studien zurückzugreifen, sondern eine größere Anzahl von Arbeiten zu untersuchen, um einen Gesamteindruck von der Güte der Methodik solcher Veröffentlichungen zu ermöglichen und eine breitere Vergleichsbasis zu schaffen. Da andererseits dieser methodenkritische Überblick auch übersichtlich bleiben sollte, mußte eine Vorauswahl von Studien erfolgen; dieses Verfahren war willkürlich und richtete sich im wesentlichen nach der zumindest annähernden Erfüllung einiger im Kriterienkatalog genannter Anforderungen. So wurden z.B. Arbeiten von Bancroft (16), Bramley (30), Mears (193), Lesnenko (150), Montague (203) und Vandereycken (300) nicht berücksichtigt.

Eine weitere Gruppe von Veröffentlichungen wird in Tabelle 2 (s. Anhang) aufgeführt; es handelt sich dabei um ganz allgemeine Texte, die sich meist als knappe Wiedergabe des therapeutischen Grundverfahrens nach Masters/Johnson (187) (s.u.) erweisen.

Ebenfalls von vornherein ausgeschlossen sind Untersuchungen, bei denen es sich nicht um die Therapie funktioneller Sexualstörungen bei hetero-, sondern homosexuell orientierten Patienten handelt (z.B. McWhirter et al. (192)). Bei eingeschlossenen Untersuchungen mit gemischtem Patientengut wird dies ausdrücklich erwähnt.

Schließlich werde ich im Schluß noch auf einige Veröffentlichungen eingehen, die sich mit speziellen Themen der Sexualtherapie befassen.

Die in diesem Kapitel untersuchten Studien beschränken sich zum größeren Teil nicht auf das Diagnosebild der Erektionsstörung, sondern sind Untersuchungen über die Therapie aller funktionellen Sexualstörungen beim Mann, oft sogar jeglicher funktioneller Sexualstörungen, d.h. sowohl solcher des Mannes als auch der Frau. Ich bespreche derartige Arbeiten an dieser Stelle, zum einen durch Herausgreifen derjenigen Teile der Untersuchung, die sich speziell mit dem Krankheitsbild 'Erektionsstörung' auseinandersetzen; zum anderen aber auch durch Darstellung der allgemeinen Hypothesen zur Ätiologie, des Therapieansatzes, der Katamnese, der Meßinstrumente usw. Dies geschieht im voraus und stellvertretend für die in der vorliegenden Arbeit ebenfalls zu besprechenden Krankheitsbilder 'Ejaculatio praecox' (C III 2.5.) und

'Ejaculatio deficiens' (C III 3.5.). Dort soll dann nicht mehr auf jenen allgemeinen Teil eingegangen werden. Der Deutlichkeit halber wird bei solchen Veröffentlichungen - in denen also von mehreren Funktionsstörungen die Rede ist - an entsprechender Stelle, nämlich in C III 2.5. bzw. C III 3.5., auf die bereits dargestellten Gesichtspunkte in C III 1.5. verwiesen werden.

Die Reihenfolge bei der Untersuchung der Veröffentlichungen wurde nicht chronologisch oder hinsichtlich der Schulrichtungen vorgenommen. Sie hat vielmehr das Ziel, Zusammenhänge oder vergleichbare Aspekte zwischen den Studien - soweit überhaupt vorhanden - zu berücksichtigen.

Die Terminologie ist nicht nur bei den als Zitat kenntlich gemachten Textstellen vom jeweiligen Autor übernommen worden; auch in der übrigen Darstellung bzw. Wiedergabe der Studien habe ich mich bewußt an die Diktion der Verfasser gehalten, um die Originalversion und damit die Grundlage der Bewertung möglichst weitgehend vorstellen zu können.

Im übrigen richtet sich die Aufmerksamkeit und Besprechung ganz wesentlich auf solche Punkte, die im Kriterienkatalog (C II) gefordert sind und die von den Autoren in ihren Veröffentlichungen berücksichtigt wurden. Was die Autoren nicht dargestellt haben, ist hingegen nicht bei jeder einzelnen Arbeit erneut genannt. Es ist davon auszugehen, daß diejenigen Punkte, die ich in der Besprechung einer Veröffentlichung nicht erwähne, auch vom Autor der Veröffentlichung nicht erwähnt wurden.

Alle hier besprochenen Arbeiten werden in Tabelle 3 (s. Anhang) noch einmal im Gesamtüberblick aufgelistet (Erläuterungen siehe dort); lediglich die nun folgenden Veröffentlichungen, die sich der Hypnose als Therapieverfahren bedienen, sowie die Studien O'Connors (215) und Alberta (1) erscheinen dort nicht.

Alexander (2) gibt zwei Fallbeispiele für die Behandlung von Erektionsstörungen durch Hypnose. Obwohl ausführlich in der Länge, bleiben seine Beschreibungen oberflächlich und unsystematisch: Kein Wort zur Diagnostik oder früheren Behandlungsversuchen; die gemachten Angaben zur Ätiologie, Symptomatik sowie zur Durchführung der Therapie sind zufällig. Ein Therapieplan wird nicht erstellt. Alexander (2) richtet das Vorgehen in den zeitlich sowohl unterschiedlich lang auseinanderliegenden wie dauernden Sitzungen nach der jeweils vom Patienten beschriebenen Problematik. Diese Eigenanamnese wiederum wird weder durch Tests ergänzt noch auf andere Weise

gezielt vertieft oder als baseline-Daten festgehalten.

Therapiekontrollen, Datenanalysen und Kontrollgruppe fehlen gemäß der Anlage der Therapie als Einzelfallbehandlung. Bemerkungen zu Therapieerfolg und Katamnese sind anekdotenhaft; im übrigen läßt sich ein eventueller Therapieerfolg nicht eindeutig dem Verfahren der Hypnose zuordnen, da zum einen keine Versuchsplanung mit Therapievariablen vorausging, zum zweiten noch andere therapeutische Elemente im Spiel sind.

Verallgemeinerungen oder Schlußfolgerungen lassen sich aus den beiden Falldarstellungen nicht ableiten.

Beigel (21), der selbst den "nur schematischen" (S. 168) Charakter seiner Schilderung betont, gibt eine Falldarstellung, in der zunächst Hypnose als Mittel zur Diagnosefindung (homosexueller Tendenzen) eingesetzt, der Patient dann jedoch mit Desensibilisierung therapiert wird.

Der Autor zeigt mehrere Einsatzmöglichkeiten von Hypnose in der Diagnostik und Therapie auf (S. 168), wobei zu entnehmen ist, daß Hypnose hier als Hilfsmittel und zur Erleichterung anderer Verfahren (z.B. Desensibilisierung) benutzt wird.

Crasilneck (48) beschreibt das Vorgehen in der Therapie von 'Impotenz' durch Hypnose: dem in Trance versetzten Patienten wird suggeriert, ... "that he will have firm erections... hard erections ... rigid erections and that during intercourse he 'will be able to enjoy this pleasurable act'." (S. 286). Durch die Kombination solcher hypnotischer Sitzungen mit einer "Psychotherapie" (S. 287) behauptet Crasilneck (48) bei 400 Patienten in 80% 'Besserung' erzielt zu haben. Die Behandlungsdauer betrug bei wöchentlichen Sitzungen drei bis vier Monate. Weitere Angaben lassen sich noch zum diagnostischen Vorgehen sowie zur Ätiopathogenese finden, allerdings unsystematisch.

Levit (158) setzte Hypnose in einem Fall sekundärer Impotenz ein, mit dem Schwerpunkt auf der Diagnosefindung. Er beendete die Therapie nach der zweiten Sitzung, da der Patient "geheilt" (S. 59) ist.

Von Hall (102) liegen zwei Falldarstellungen von Patienten mit sekundären Erektionsstörungen vor. Der Autor verweist aber ausdrücklich darauf, daß Hypnose bei der Behandlung nur eine nebengeordnete Rolle neben anderen Therapiebausteinen spielen kann und nur in speziellen - dann von ihm nicht näher benannten - Situationen zum Einsatz kommen sollte. Außerdem unterstreicht er die Tatsache, daß nichts über den Wirkmechanismus dieser The-

rapieform bekannt ist.

Fabbri (67) berichtet über den kombinierten Einsatz von Verhaltenstherapie und Hypnose bei der Therapie von insgesamt 78 Fällen sexueller Funktionsstörungen. Zwar gibt er eine recht gute, wenn auch unsystematische Übersicht seines therapeutischen Vorgehens, nennt einige der seiner Behandlungsmethode zugrundeliegenden Hypothesen und die Kriterien, nach denen er immerhin 72% der behandelten Patienten nach der Therapie als "regularly functional" (S.6) einstuft; ansonsten aber fehlen jegliche weitere Angaben zur Methodik.

Soweit der kurze Abriss über die Anwendung hypnotischer Verfahren in der Behandlung von Erektionsstörungen.

Brown (32) legt einen Überblick über - insgesamt 26 - derartige Therapieansätze mit Hypnose vor, in dem er zu folgenden Aussagen kommt:

Trotz des relativ häufigen Einsatzes von Hypnose in den Bereichen: Diagnostik; spezifische, nicht symptomorientierte Suggestion; Hypnose und Verhaltenstherapie; direkte Symptombeseitigung durch Hypnose; Hypnoanalyse; ist über die Wirksamkeit dieses Verfahrens kaum ein Urteil möglich.

Hauptsächlich ist dies zurückzuführen auf die Methodik, wo Falldarstellungen den überwiegenden Anteil an Veröffentlichungen haben, kontrollierte Studien bis jetzt hingegen nicht durchgeführt wurden. Darüberhinaus sind vereinzelt Bemerkungen der Autoren über die Anamneseerhebung, die Ätiologie, die Durchführung der Therapie sowie die mitgeteilten Ergebnisse und Verhaltensänderungen zu spärlich und unzureichend, als daß daraus auf die Wirkung von Hypnose bei der Behandlung von funktionellen Sexualstörungen (dies gilt also auch für Ejaculatio praecox und Ejaculatio deficiens) geschlossen werden könnte. Veröffentlichungen, die auf mehrere oder viele Fallzahlen - a.z.B.o. Crasilneck (48) - gestützt sind, lassen keine anderen Beurteilungen zu, da es sich lediglich um eine Summierung von Einzelfällen handelt.

Diese zusammenfassende Einschätzung Browns (32) bezüglich der bei Erektionsstörungen angewandten Hypnoseverfahren und deren Beurteilung kann man nach einer Literaturdurchsicht nur unterstreichen und seine Warnung vor einer voreiligen Überbewertung der Hypnose in der Behandlung von Erektionsstörungen nachdrücklich betonen.

O'Connor (215) gibt einen Überblick über Ergebnisse psychoanalytischer Therapie bzw. psychoanalytisch orientierter Psychotherapie bei 35 männlichen und 61 weiblichen Patienten.

Unter den männlichen Patienten befanden sich insgesamt 15 mit Erektionsstörungen, 20 mit Ejaculatio Praecox. Die Art der Diagnosefindung wird nicht angegeben, ebenso fehlen Angaben zu Zielkriterien, Patientenvariablen, Einschluß-/Ausschlußkriterien, jegliche Meßinstrumente der Therapiekontrolle und Kontrollgruppe.

Die Behandlungsmethoden sind sehr unzureichend dargestellt; die Dokumentation der Ergebnisse beläuft sich im wesentlichen auf die Feststellung, daß elf der erektionsgestörten Patienten 'gebessert' waren, ohne eine Festlegung dessen, was hierunter zu verstehen ist. In methodischer Hinsicht ist diese Untersuchung ungenügend.

Auf der Suche nach einer Beschreibung des klinischen Bildes von Patienten mit 'Potenzstörungen' ("disorder of potency", S.719), einer Therapie dieser Störungen sowie einem Klassifikationsschema untersuchte Cooper (41) 64 Patienten. 54 Männer durchliefen jedoch nur die minimale Therapielänge von 20 Sitzungen, die der Autor für eine Einbeziehung in seine Untersuchung fordert. Diese 54 Patienten wurden drei diagnostischen Gruppen zugeteilt: 'Impotenz' (wobei die Subgruppen "acute onset impotence in young males" sowie "insidious onset impotence" (bde. Zit. S. 719) gebildet wurden); Impotentia ejaculandi (der Cooperschen Definition dieses Begriffes würde heute am ehesten die Bezeichnung 'Ejaculatio deficiens' entsprechen); Ejaculatio praecox.

Wie die Diagnosen erstellt wurden, bleibt offen. Die Symptomatik beschreibt der Autor zusammenfassend für die jeweilige Diagnosegruppe; allerdings macht er keine Angaben zum Vorgehen bei der Ergründung der Symptomatik und seine ätiopathogenetischen Hypothesen sind nicht weiter begründet oder erklärt - obwohl je nach Diagnosegruppe unterschiedlich. Seine therapeutischen Zielkriterien liegen in der Beseitigung oder Modifizierung von "psychological factors which the therapist judged might be inhibiting the male's sexual capacity." (S.730).

Angaben über Patientenvariablen liegen nur zur sozialen Schicht sowie zum Familienstand vor; Ein- und Ausschlußkriterien zur Teilnahme am Versuch fehlen.

Die eingesetzte Therapie besteht aus vier Elementen, die flexibel - je nach dem speziellen Befund im Einzelfall - zur Anwendung kommen:

- 1) Progressive Muskelentspannung (deren Ziel eine Unterdrückung der sympathischen und eine Erhöhung der parasympathischen Aktivität ist und die somit die mit sympathischer Aktivität assoziierten, ätiologisch

- verantwortlich gemachten Stimuli wie Angst, Wut etc. ausschalten soll)
- 2) Herstellung einer optimalen "sexual environment" (S. 725) (dies wird vor allem durch Kooperation mit der Partnerin angestrebt und beinhaltet einen offenen Austausch über sexuelle Wünsche und Neigungen, Fantasien und Ängste)
 - 3) Sexualerziehung (zur Beseitigung von Fehlinformation bzw. Vermittlung von Wissen bezgl. Anatomie, Physiologie, sexueller Praktiken etc.)
 - 4) 'Psychotherapie' (die hauptsächlich aus Erklärung, Ermutigung und Unterstützung besteht).

Zwar liegen zu Punkt 1) und 4) vage Angaben zur Dauer, Häufigkeit, Abstand und Anzahl der Sitzungen vor; wie allerdings der sog. flexible Einsatz der Therapieelemente aussieht, darüber läßt Cooper (41) sich nicht aus. Weiter geht aus der Untersuchung nicht hervor, ob gemäß der unterschiedlichen ätiologischen Hypothesen die Gewichtung der Therapieelemente unterschiedlich war; lediglich die an Ejaculatio praecox leidenden Patienten erhalten eine zusätzliche Therapie (in vivo Desensibilisierung - s.unter C III 2.5.).

Kontrollen der einzelnen Schritte bzw. Elemente der Therapie fehlen ebenso wie Kriterien zur Beurteilung der Behandlungsergebnisse - Cooper (41) unterteilt hier lediglich in 'geheilt/gebessert' und 'unverändert/verschlechtert' und berichtet bei der Therapie von "acute impotence" (S. 720) über sieben geheilte gegenüber einem unveränderten Patienten. Bei "insidious impotence" (S. 721) sind sechs Patienten geheilt gegenüber 17 Unveränderten. Die Diskussion der Ergebnisse beinhaltet eine Reihe von Spekulationen über ätiologische Faktoren, besonders hinsichtlich der vom Autor selbst als gering gewerteten Erfolge. Im übrigen fehlen weitere Angaben.

In einer anderen Studie Coopers (42) liegt der Schwerpunkt der Untersuchung einerseits auf der Bewertung der Wirksamkeit der Therapie, andererseits auf der Ermittlung von die Therapie beeinflussenden Faktoren durch statistische Analysen ausgewählter klinischer und psychologischer Daten. Im wesentlichen entspricht Coopers (42) Vorgehen dem der oben untersuchten Studie (41); er macht dieses Mal jedoch Angaben über die Erhebung der Anamnese und Ergründung der Symptomatik. Die Diagnosegruppen sind - wie in der vorangehenden Arbeit - unzureichend geschildert, die Patientengruppe mit 49 Therapiebeendern nur unwesentlich kleiner. Auf die Therapieabbrecher geht Cooper in keiner seiner Veröffentlichungen näher ein. Bei der Besprechung der Ergebnisse sind die Begriffe 'geheilt' und 'ge-

bessert" zumindest definiert; wie die Ergebnisse ermittelt wurden, wird nicht gesagt. Die Resultate der Therapie liegen ähnlich wie bei Cooper (41), allerdings fehlt eine Aufschlüsselung nach Diagnosegruppen.

Sicher wichtiger als die Therapie und Behandlungsergebnisse sind die mit Therapieerfolg bzw. -mißerfolg in Zusammenhang gebrachten Faktoren, die jedoch hier nicht zur Diskussion stehen.

Cooper (43) veröffentlichte noch eine Studie fast identischen Inhaltes, in der er zu dem Ergebnis kommt, daß 1) "superficial treatment is likely to be poor, and that 2) 'constitutional factors' and 3) the unavailability of a sympathetic and understanding female partner are significant factors in limiting a therapeutic response." (S. 370). Die Diskussion der Therapiemißfolge ist sehr ausführlich, aber es mangelt ihr - wie den beiden anderen Arbeiten Coopers - an Systematik.

Die vom gesamten Stichprobenumfang her gesehen bis heute größte Studie stammt von Masters/Johnson (187). (Meiner Besprechung liegt die deutsche Ausgabe von 1973 zugrunde - dies gilt auch für die benutzten Zitate sowie Übernahme von Begriffen wie etwa 'Impotenz'). Die Autoren behandelten insgesamt 245 Männer mit Erektionsstörungen, davon 32 Patienten mit primärer, 213 Patienten mit sekundärer Impotenz.

Die genaue Diagnose wurde bei den - schon durch "kompetente Personen" (S. 20) vordiagnostizierten und überwiesenen - Patienten gestellt durch eine sehr ausführliche, halbstrukturierte Sozial- und Sexualanamnese, deren Schwerpunkte von den Autoren dargestellt werden. Dazu kommen eine medizinische Anamnese mit körperlicher Untersuchung und Laboruntersuchungen, wodurch gleichzeitig ein guter Überblick über die Symptomatik erarbeitet und die allgemeinen ätiopathogenetischen Hypothesen für den einzelnen Fall verifiziert werden. (Die ätiologischen Überlegungen sind umfassend dargestellt und entsprechen etwa dem in B: III 1. gegebenen Überblick).

Die so gewonnenen Auskünfte und Daten dienen als baseline-Daten, die in den folgenden Sitzungen im Gespräch zwischen Therapeuten und Patienten jedoch nötigenfalls zu berichtigen bzw. zu ergänzen sind.

Als Zielkriterien bei der geplanten Behandlung der Impotenz (Begriff aus der deutschen Übersetzung) nennen Masters/Johnson:

1. die Beseitigung der Leistungsängste des Mannes; 2. die Veränderung der unbewußten Verhaltensweisen, so daß der Mann aktiv teilnimmt und seine Beobachterrolle aufgibt und 3. der Partnerin die Sorge um die sexuelle Lei-

stungsfähigkeit ihres Partners nehmen. Diese Kriterien stehen insofern in Einklang mit den Ätiopathogenetischen Überlegungen der Autoren, als sie auf Beseitigung der die Störung unmittelbar hervorrufenden Faktoren abzielen, hingegen nicht die von ihnen postulierten zugrundeliegenden auslösenden Ursachen angehen.

Die Einschlusskriterien für die Teilnahme der Patienten an dem Versuch waren:

- in den ersten beiden Jahren der Versuchsreihe eine vorausgegangene, mindestens sechsmonatige psychotherapeutische Behandlung, die jedoch hinsichtlich der Symptomatik ergebnislos geblieben war (diese Forderung wurde später fallen gelassen);
- die Überweisung durch "eine kompetente Person" (S. 20) wie Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter oder Theologe (dies wird nicht näher erläutert);
- die Bereitschaft der Patienten, 5 Jahre lang nach Beendigung der akuten Phase des Behandlungsprogrammes an Nachuntersuchungen teilzunehmen;
- die Patienten stimmen der Prämisse der Autoren zu, daß bei sexuellen Störungen in einer Partnerschaft kein Partner unbeteiligt ist und demnach nur Patienten in das Programm aufgenommen werden können, die sich der Therapie gemeinsam mit ihrem/ihrer Partner/in unterziehen.

Die Ausschlusskriterien waren gegeben im Falle der fehlenden Zustimmung der Patienten zu den vorher aufgeführten Einschlusskriterien; eine Behandlung wurde darüberhinaus abgelehnt in Fällen "gravierend gestörter" (S. 340) Beziehungen sowie bei Vorliegen "schwerer psychopathologischer Fälle" (S.21) bzw. bei Psychotikern. Was genau Masters/Johnson darunter verstehen, erläutern sie nicht.

Die schließlich ins Programm aufgenommenen Patienten sind hinsichtlich sozioökonomischer Daten ausreichend beschrieben und werden von den Autoren selbst aufgrund verschiedener Faktoren als "in mehrfacher Hinsicht stark seligierte Gruppe" (S. 326) bezeichnet (z.B. hohe Eigenmotivation wegen z.T. erheblicher Behandlungskosten bis zu 2.500 Dollar; höhere Einkommens- und Bildungsgeschicht).

Zur Vorbehandlung der Patienten geben die Autoren an, daß sich von all ihren Patienten (einschließlich der weiblichen Patienten und der Diagnosegruppen Ejaculatio praecox und Ejaculatio deficiens) 52% "längere Zeit vor oder noch bis zum Behandlungsbeginn einer Psychotherapie unterzogen hatten." (S. 328).

Schon im Eingangsgespräch werden die Partner aufgefordert, sich sexueller Betätigung zu enthalten, bis sie entsprechende Anweisungen erhalten.

Der Ablauf der Therapie, die massiert über einen Zeitraum von zwei Wochen mit täglichen Sitzungen nicht nähergenannter Länge durchgeführt wird und am ehesten als direktiv bezeichnet werden kann, gliedert sich grob in zwei Ab-

schnitte:

Der erste Teil besteht aus den diagnostischen/anamnestischen Gesprächen, den Untersuchungen, einem round-table-Gespräch zur Abklärung der erhobenen Befunde und Daten, zur Erläuterung der ätiologischen Zusammenhänge der Symptomatik aus der Sicht und durch die Therapeuten sowie zur Initiierung von Lernprozessen "durch die Schilderung wünschenswerter sexueller Reaktionen" (S. 75).

Gleichzeitig soll ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Paar und den Therapeuten - jeweils ein männlicher und ein weiblicher - hergestellt werden. Die Partner sollen lernen, "sich selbst so zu sehen, wie es den Kotherapeuten möglich ist", "ihre Rationalisierungsversuche, ihre Vorurteile, Fehlkonzeptionen und Mißverständnisse auf sexuellem Gebiet einer nichtwertenden Betrachtung auszusetzen und sie sich ohne Unbehagen in einer verständlichen Form erläutern lassen können" (S. 59). Masters/Johnson gehen dabei von der Hypothese aus, daß die Sexualität des Menschen von grundsätzlich verschiedenen Faktorengruppen bestimmt wird und diese Faktoren den Partnern durch die Therapeuten erläutert werden müssen.

Auf dieser Verständnisbasis baut das Behandlungsprogramm der nächsten drei Tage auf, das für alle Paare direkte Anweisungen für ihr sexuelles Verhalten vorsieht. Zugrunde liegt die Annahme, daß der Stellenwert, den sexuelle Erlebnisse für ein Individuum einnehmen, von dem Ausmaß lustvoller sensorischer Erfahrungen abhängt, die wiederum von dem psychosozialen und psychosexuellen Hintergrund des Individuums beeinflußt werden. Es wird unterstellt, daß Erinnerungen an angenehme sensorische Erlebnisse den einzigen konstanten psychologischen Faktor im Rahmen der sexuellen Reaktionen darstellen; wenn die Partner alle Anweisungen der Kotherapeuten befolgen, um möglichst viele Erfahrungen zu sammeln, und deren Erläuterungen, welche Bedeutung sinnliche Wahrnehmungsfähigkeit für das sexuelle Verhalten hat, verstehen, wobei der Tastsinn eine besondere Rolle spielt, lernen sie, ihre Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit neu einzuschätzen bzw. erst zu entwickeln: Die Autoren streben durch diese 'sensorische Fokussierung', die aus Berührungs- und Streichelübungen besteht, eine allmähliche Freilegung der sexuellen Reagibilität der Partner an.

Am vierten Tag wird - wie auch in den folgenden Sitzungen - der Erfolg oder Mißerfolg besprochen, den die Patienten bei dem Versuch hatten, die Anweisungen aus der vorhergegangenen Sitzung zu befolgen; zugleich beginnt damit der zweite Abschnitt der Therapie, die nun auf die spezifische sexuelle Störung zugeschnitten wird. Voraussetzung dafür ist jedoch, daß die

Partner mit der sensorischen Fokussierung vertraut sind.

Das therapeutische Vorgehen ist bei primärer und sekundärer Impotenz in den Grundzügen gleich und wird auch von Masters/Johnson für beide Patientengruppen gemeinsam dargestellt.

Es ist unmöglich, das Konzept an dieser Stelle im Detail darzustellen; zusammengefaßt liegen folgende Gedanken zugrunde:

Der Therapeut muß den psychisch verunsicherten Mann davon überzeugen, daß er nicht erst zu lernen braucht, wie man eine Erektion erzielt, da die Erektion ebensowenig wie die Atmung erlernt werden kann, daß sich Erektionen vielmehr spontan einstellen und keinesfalls willentlich herbeigeführt werden können. Zur Wiederherstellung seiner Erektionsfähigkeit muß der Mann eine Anzahl von psychosozialen Einflüssen, die zum Entstehen seiner Probleme beigetragen haben, beseitigen: Das Haupthindernis stellt dabei die (Leistungs-)angst und die daraus resultierende Flucht in die Beobachterrolle dar, die beide den natürlichen Ablauf der Sexualität zerstören; dies muß dem Mann begreiflich gemacht werden. Die dann folgenden Therapieanweisungen zielen nicht auf die direkte Behandlung der Symptome der Impotenz, sondern auf eine Verbesserung des Partnerschaftsverhältnisses, wodurch die Symptomatik sozusagen von selbst verschwindet.

Im praktischen Vorgehen spielt die sensorische Fokussierung weiterhin die überragende Rolle: Durch Streichelübungen, in die bald auch die Genitalregionen einbezogen sind, sollen die Partner sich darauf konzentrieren, einander lustvolle, intensive Sensationen zu verschaffen. Der Ausbau der Kommunikation zwischen den Partnern ist von größerer Bedeutung als das Erlernen von Stimulationstechniken. Dabei erleben die Partner, daß sexuelle Interaktionen auch auf andere als die bisher gewohnte Weise verlaufen können und das Erbringen von Leistungen nicht notwendig ist. Jeder einzelne Therapieabschnitt wird ausführlich erklärt und besprochen. Ist die Erektionsfähigkeit einmal wiederhergestellt, wird der wichtigste Therapieschritt getan: es werden dem Paar manuelle Techniken empfohlen, durch die eine Erektion erreicht werden soll; darauf soll zunächst eine Entspannungspause folgen, in der die Erektion zurückgeht, dann erneut die Stimulation des Penis beginnen.

Bei der Besprechung dieser sogenannten Teasing-Technik sollen die Partner erkennen, daß sie sich bei der Bewältigung ihres gemeinsamen sexuellen Problems gegenseitig Hilfe leisten, daß ihre sexuelle Störung überwindbar ist. Das wachsende Selbstbewußtsein ermöglicht nun die weiteren Schritte bis hin zur vollen sexuellen Funktionsfähigkeit: Die Teasing-

Technik wird angewandt bei Hockstellung der Frau über dem Partner und an den folgenden Tagen werden Immissio, Beckenbewegungen zunächst allein der Frau, dann des Mannes und schließlich des Paares ausgeführt. Dabei sollen immer die Prinzipien der sensorischen Fokussierung beachtet werden, um keine erneuten Leistungsängste aufkommen zu lassen.

Werden die der Behandlung zugrundeliegenden Hypothesen immerhin als theoretische Begründung einzelner Therapieschritte noch erkennbar von den Autoren herausgestellt, so trifft dies für generalisationsfördernde und rezidivprophylaktische Maßnahmen nicht zu: Etwaige Ansätze dazu führen die Autoren nicht an; sie müssen aus dem gesamten Text herausgelesen werden und umfassen - größtenteils bereits in Wiederholung dessen, was oben dargestellt wurde - :

- ausreichende Vermittlung von Informationen;
- (Wieder)herstellung der Kommunikation innerhalb der Partnerschaft;
- Beseitigung der Leistungsängste und der Beobachterrolle;
- Sensorische Fokussierung.

Diese in der massierten Therapie angewandten und erlernten Techniken befähigen das Paar zum einen, seinen Therapieerfolg auch auf die gewohnte häusliche Umgebung zu übertragen; wichtig ist hier der Gedanke, daß der erreichte Erfolg eben nicht durch gezielte Bekämpfung der Symptomatik zustande kam, sondern auf dem Umweg über die aufgezählten, ihrer Natur nach bereits generalisierenden Methoden. Zum anderen könnten diese Maßnahmen einem Rückfall in die Symptomatik vorbeugen, da sie für das Paar nachvollziehbar bleiben.

Die angewandte Methode ist bei allen Patienten die gleiche, sieht man von dem nicht näher erläuterten Hinweis der Autoren ab, die Therapie auf den individuellen Fall zuzuschneiden.

Eine Gruppe von Patienten fällt unter einem besonderen Aspekt aus der gesamten Stichprobe heraus:

Masters/Johnson (197) behandelten auch solche Männer, die keine feste Partnerin hatten. Unter ihnen waren 21 impotente Patienten, die gemeinsam mit einer "Ersatzpartnerin" (S. 135), und 9 impotente Männer, die zusammen mit einer "stellvertretenden Partnerin" (S. 139) behandelt wurden. Als Ersatzpartnerin fungierten von den Autoren "mit äußerster Sorgfalt" (S. 134) ausgesuchte Frauen, die sich für diese Aufgabe freiwillig gemeldet hatten; die sogenannten stellvertretenden Partnerinnen waren von den Patienten selbst zur Therapie mitgebracht worden, standen jedoch in keinem Partnerschaftsverhältnis mit ihnen. Obwohl diese Patientengruppen nicht un-

wichtig sind und vom Stichprobenumfang signifikante Aussagen ermöglichen würden, gehe ich in dieser Untersuchung nicht weiter darauf ein, da die Autoren außer Therapieergebnissen - die mit denen 'normaler' Paare übereinstimmen - keine weiteren Angaben zu diesen Patienten machen. Zum formalen Therapieablauf äußern sich Masters/Johnson nur sehr vage. Es ist von einer massierten (quasi-stationären), zweiwöchigen Therapie die Rede, die von einem Therapeutenteam durchgeführt wird. Wie lange allerdings die Dauer der einzelnen Sitzungen, wie hoch die Zahl der Sitzungen insgesamt sowie wann die Therapie definitiv abgeschlossen war, darüber geben die Autoren keine Auskunft. Unklarheit besteht weiter über die Bedeutung von telefonischen Kontakten sowie "regelmäßigen Kontaktgesprächen" (S. 334) nach Abschluß der Intensivphase der Therapie insofern, als nicht ersichtlich ist, welchen Umfang und Charakter diese Kontakte hatten und ob sie nicht der Therapielänge zugeschlagen werden müßten.

Der Verlauf der Therapie bleibt weitgehend unkontrolliert; zwar sind die täglichen Sitzungen und Gespräche als Möglichkeit konzipiert, aufkommende Schwierigkeiten etc. zu besprechen, es fehlt jedoch an eindeutigen Kriterien bzw. systematischer Überprüfung.

Eine Kontrollgruppe haben Masters/Johnson nicht benutzt.

Betrachtet man die Behandlungsergebnisse, so ergibt sich direkt nach Abschluß der Intensivtherapie in der Gruppe der primär impotenten Männer eine Mißerfolgsquote von 41%, in der Gruppe der sekundär impotenten Männer eine Mißerfolgsquote von 26%. Diese Mißerfolge und ihre hypothetischen Ursachen werden von den Autoren diskutiert; sie gehen dabei vor allem auf die starke Angst der Patienten vor Beginn der Therapie, ihre Erwartungshaltung, ihre Angst, 'Geheimnisse' preisgeben zu müssen, Antipathien gegenüber den Therapeuten sowie Fehlverhalten von seiten vorher bzw. gleichzeitig behandelnder Therapeuten ein.

Doch auch diese Ausführungen bleiben oberflächlich; zum einen bieten die Autoren keine Definition für das an, was sie unter Mißerfolg oder Erfolg verstehen - Überhaupt kann man auf die Erfolgsrate nur durch Subtraktion der Mißerfolgsrate von 100% schließen. Die Erhebungsmethode schließlich, mit der Erfolg bzw. Mißerfolg ermittelt werden, wird nicht verraten. Weiter bleibt unklar, wie Masters/Johnson auf die vorher genannten, mit Mißerfolg assoziierten Faktoren gestoßen sind, da sie keinerlei Angaben zur Überprüfung und Kontrolle von Therapievariablen machen. Umso unverständlicher erscheint die Korrelation von Behandlungsmißerfolgen mit ein-

zelnen ätiologischen Faktoren, denn diese Faktoren sind weder ausdrücklich in der Therapie berücksichtigt worden, noch ist über die bloße Korrelation hinaus der Versuch ersichtlich, eine Begründung für die z.B. besonders hohe Mißerfolgsrate bei den Faktoren "religiös-orthodoxe Einstellung" und "homosexuelle Tendenzen" (S. 194) zu finden.

Neben der Feststellung des 'Erfolgs' und der oben dargestellten Korrelation werden keine Vergleiche von Patientendaten nach der Therapie mit den eingangs ermittelten baseline-Daten angestellt. Warum nicht, ist unklar; die Vermutung liegt nahe, daß nach Abschluß der Therapie überhaupt keine Erfolgskontrolldaten erhoben wurden.

Zur Katamnese geben Masters/Johnson an, am Ende der 5-jährigen Kontrollphase ein persönliches Interview möglichst in der Wohnung des Patienten durchgeführt zu haben. Im Zeitraum, für den eine Katamnese vorliegt (1959-1964), waren insgesamt 97 Patienten mit primärer (7) und sekundärer (90) Impotenz behandelt worden. Die Autoren geben jedoch keine Zahlen an, wieviele dieser Patienten nachuntersucht wurden; hierüber gibt lediglich eine die gesamte Stichprobe im genannten Zeitraum umfassende Statistik Auskunft: von 313 behandelten Patienten wurden 226 katamnestisch interviewt. Unter der nun unbekannten Anzahl nachuntersuchter Patienten mit Erektionsstörungen gab es insgesamt 10 Rückentwicklungen, alle in der Diagnosegruppe der sekundären Impotenz. Masters/Johnson stellen diese Zahl von 10 Rückentwicklungen allerdings der Gesamtzahl von 90 behandelten Patienten mit sekundärer Impotenz tabellarisch gegenüber, obwohl unter diesen 90 Patienten eine nicht genannte Zahl von direkten Behandlungsmißerfolgen sowie eine nicht genannte Zahl von Patienten geführt werden, die - aus unerwähnt gebliebenen Gründen - katamnestisch nicht erfaßt wurden.

Zu einer derartigen optischen Irreführung kommt es auch bei der Berechnung der Gesamtmißerfolgsraten, bei der die Autoren mehrere nicht aufeinander abgestimmte und daher nicht vergleichbare Zahlengruppen zugrundelegen. Die von ihnen auf diese Weise als "Trend" (S. 337) ermittelte Höhe der Gesamtmißerfolgsrate von 20% - dieser 'Trend'-Charakter wird im übrigen an anderer Stelle nicht so deutlich hervorgehoben - darf günstigstenfalls als Irrtum ausgelegt werden. Günstigstenfalls deshalb, weil in Sätzen wie: "Es ist einleuchtend, daß, wenn es einmal gelungen ist, im Verlauf der Intensivbehandlung sexuelle Funktionsstörungen zu beheben, diese den Betroffenen kaum wieder beeinträchtigen werden." (S. 336) nicht eben ein dringendes Interesse an wirklichkeitsnahen Ergebnissen zum Ausdruck gebracht wird.

Ganz abgesehen davon ist die Aussage solcher Gesamtberechnungen selbstverständlich nicht auf die einzelne Diagnosegruppe übertragbar, was auch an der sehr unterschiedlichen Höhe der Gesamtmißerfolgsraten einzelner Diagnosegruppen zu sehen ist: z.B. bei primärer Impotenz: 41%; bei Ejaculatio praecox nur 3%.

Im ganzen muß zur Analyse und Dokumentation (der Messung) des Therapieerfolges und der Katamnese gesagt werden, daß ihre Durchführung mangelhaft ist und zumindest die erhaltenen Erfolgsraten bei der Behandlung der Impotenz in der von Masters/Johnson dargestellten Form nicht stimmen und in die Irre führen.

Schließlich möchte ich auf eine Aussage der Autoren hinweisen, wonach "durch die Einarbeitung neuer Kollegen sowie erheblich anwachsende Arbeitsbelastung im Verlauf der letzten Jahre ein deutlicher Anstieg der direkten Mißerfolgsrate um 10% im betreffenden Zeitraum zustande" (S. 326) kam. Dies bestärkt zum einen den Zweifel an der Richtigkeit der Höhe der angegebenen Mißerfolgsrate; zum anderen wirft es ein Licht auf die in den Augen der Autoren doch große Bedeutung der Ausbildung der Therapeuten für einen günstigen Therapieausgang. Dann ist jedoch besonders schwer verständlich, daß der Gesichtspunkt der Therapie- bzw. Therapeutenvariablen an keiner Stelle der Studie berücksichtigt wurde.

Über etwaige Nebenwirkungen der Therapie ist der Arbeit von Masters/Johnson ebenfalls nichts Konkretes zu entnehmen; aus dem Zusammenhang läßt sich auf das Vorhandensein solcher Nebenwirkungen aber z.B. dann schließen, wenn man die im Kapitel " Diskussion der Therapie-Mißerfolge" (S. 340) dargestellten Fallgeschichten liest. Die Autoren versäumen es, auf diesen wichtigen Punkt einzugehen. Es bleibt gleichfalls unklar, ob die sogenannten Mißerfolge (nur) fehlende Veränderungen bezeichnen oder aber sogar Verschlechterung bedeuten.

Die sehr umfangreiche Studie Masters/Johnsons ist - vor allem in jüngerer Zeit - nicht unumstritten. Es gibt Arbeiten, in denen die Studie auf einige der auch hier untersuchten Gesichtspunkte überprüft und entsprechend kritisiert worden ist (s.z.B.: Schoof-Tams (266); Zilbergeld (335)). Selbst wenn die Verdienste der beiden amerikanischen Therapeuten um die Entwicklung der sogenannten Sexualtherapie hoch einzuschätzen sind - Einwände gegen deren Methodik als "kleinkariert" (Clement (38), S. 267) zu bezeichnen, wird den Kritikern sicher nicht gerecht. Denn es ist nicht zu übersehen, daß die Studie - wie oben dargestellt - gravierende Mängel bezüglich der Methodik aufweist und beispielsweise der auf den ersten Blick beeindruckende Um-

fang der Auslassungen über die Ätiologie und das therapeutische Vorgehen nicht darüber hinwegtäuschen kann, daß hier sehr viel Meinung zum besten gegeben und häufig Vermutungen angestellt werden. Dies mag Autoren, die in mancher Hinsicht Neuland betreten haben, zugestanden werden, kann jedoch eine fundierte und kontrollierte Untersuchung nicht ersetzen. Deshalb ist insgesamt die Feststellung angebracht, daß Masters/Johnson zwar ein neues Therapieverfahren eingeführt haben, ihre Vorgehensweise und Ergebnisse aber äußerst zurückhaltend betrachtet werden müssen und in der vorliegenden Form einer methodenkritischen Überprüfung nicht standhalten können.

Allerdings ist anzumerken, daß die Mängel der Studie - im Vergleich zu anderen hier untersuchten Studien - vor allem in ihrer methodischen Oberflächlichkeit und Unsauberkeit liegen, weniger hingegen in der schlichten Nichtbeachtung methodischer Gesichtspunkte (vgl. dazu auch die Punkteverteilung von '+'/'++' in Tab. 3; s. Anhang). Dieser Zusatz gilt gleichermaßen für die Masters/Johnson-Therapie von Ejaculatio praecox (C III 2.5.) und Ejaculatio deficiens (C III 3.5.).

Die Erörterung und Beurteilung des Masters/Johnson-Therapiekonzeptes nahm hier deswegen so breiten Raum ein, weil sich das Gros der Autoren, die nach 1970 Therapien zur Behandlung von funktionellen Sexualstörungen entwickelt und vorgestellt haben, auf dieses Konzept bezieht, darauf zurückgreift und oft lediglich modifiziert. Im folgenden sollen einige dieser Ansätze besprochen werden.

Prochaska (228) entwickelt z.B. eine Modifikation der Paartherapie nach Masters/Johnson (187), in der statt zwei nur ein Therapeut die Sitzungen mit dem Paar bestreitet; weiterhin unterscheidet sich sein Ansatz durch einen flexiblen Therapieablauf: zu Beginn finden lediglich wöchentliche Sitzungen statt, in denen das Paar an seiner Kommunikation und seinen Gefühlen arbeiten lernt. Erst danach wird in einem 3 - 4-tägigen Kurzurlaub des Paares am Therapieort die sensorische Fokussierung geübt und die einzelnen Therapieschritte durchlaufen. Am Ende dieses Abschnittes - der Autor vergleicht dies mit dem Ende der ersten Woche bei Masters/Johnson - kehrt das Paar wieder in die häusliche Umgebung zurück, erhält allerdings noch einige Therapiestunden in den kommenden Wochen um das Ergebnis zu festigen. Die Studie Prochaskas (228) ist hinsichtlich überprüfbarer Daten und Methodik so oberflächlich und mangelhaft, daß die Angaben des Autors über 21% Mißerfolgsrate nichts über die Qualität der Therapie aussagen kann.

Auch Lobitz/LoPiccolo (162) modifizierten den Ansatz von Masters/Johnson (187). Ihre Untersuchung, in der die Gruppe der erektionsgestörten Patienten mit sechs Männern sehr klein ist, findet angesichts der unvollständigen bis fehlenden Beschreibung von Diagnostik, Symptomatologie, Ätiopathologie, Patientenvariablen, Katamnese und Behandlungsergebnis hier nur insofern Berücksichtigung, als sie im therapeutischen Vorgehen einige zusätzliche Elemente einführten, deren jeweilige Wirksamkeit nach Meinung der Autoren allerdings noch zu überprüfen ist:

ausgehend von der -einzigen- Ätiopathogenetischen Hypothese, daß eine funktionelle Sexualstörung als gelerntes Phänomen angesehen werden muß, das von verschiedenen Faktoren (wie Leistungsangst, Unwissenheit, Kommunikationsmangel) aufrechterhalten wird, entwickeln sie eine in vivo Desensibilisierung mit folgenden zusätzlichen Forderungen: 1) Die Patienten führen täglich genau Buch über ihre Erfahrungen sowie sexuelle Gefühle und Verhalten; 2) Die Patienten hinterlegen eine Geldsumme in Höhe der Behandlungskosten, die nur bei 100%igem Befolgen der therapeutischen Anweisungen zurückerstattet wird; 3) Patienten, die durch den Partner ungenügend erregt werden, sollen mit Hilfe von erregenden Masturbationsfantasien klassisch auf sexuelle Aktivität mit dem Partner umkonditioniert werden; 4) Rollenspiel wird eingesetzt zur Beseitigung von Defiziten im Bereich sozialer Verhaltensweisen; 5) Gegen Ende der Therapie Mitgestaltung des therapeutischen Vorgehens (gemeint als Rezidivprophylaxe und Generalisationsförderung) sowie Aufstellung eines schriftlichen Programmes zur Aufrechterhaltung des erzielten Erfolges durch das Paar (ebenfalls rezidivprophylaktisch und generalisationsfördernd).

Außerdem erstellten Lobitz/LoPiccolo (162) ein Meßinstrument zur Beurteilung des Behandlungserfolges, das Oregon Sex Inventory, um prä-post-Behandlungs-Veränderungen der sexuellen Funktion eines Paares abschätzen zu können.

Lansky/Davenport (143) wenden bei 7 von 10 Behandlung suchenden Paaren eine im Setting modifizierte Therapie nach Masters/Johnson (187) an; ein wichtiger Unterschied zu Masters/Johnson besteht hinsichtlich des sozioökonomischen Hintergrundes ihrer Patienten, den sie allgemein als niedrig bezeichnen. Die Diagnosen werden ungenau gestellt, die Symptomatik nicht erwähnt. Interessant bleibt lediglich die Feststellung, daß die erfolglos behandelten Paare - acht von zehn - die vorgeschriebenen Übungen nicht durchführten, während die 'geheilten' Patienten die Anweisungen der Therapeuten befolgt hatten. Methodisch ist diese Studie unzulänglich.

Blakeney (27) stellt einen "intensive 2 1/2 day workshop" zur Therapie funktioneller Sexualstörungen vor. Ihre Patientenstichprobe umfaßt insgesamt 74 Patienten, von denen acht mit der Diagnose sekundärer Impotenz behandelt wurden. Der Therapie geht ein allgemeines Gespräch sowie eine ausführliche Erhebung der Sexualanamnese (unter Gebrauch des Sex Responsiveness Questionnaire) und eine körperliche Untersuchung voraus.

Ätiopathogenetische Hypothesen werden nicht aufgestellt, Zielkriterien nicht genannt.

Abgesehen von einigen Informationen über Patientenvariablen beschränken sich die Autoren auf eine sehr knappe, unzureichende Darstellung des therapeutischen Vorgehens, vor allem aber auf die Wiedergabe des Behandlungsergebnisses:

So wurde unter den betroffenen acht Patienten mit sekundärer Impotenz ein "symptom reversal" (S. 126) bei fünf Männern direkt durch die Intensivtherapie erzielt, bei zwei weiteren Patienten trat dieser Zustand 'später' ein. Der achte Patient zeigte 'Besserung', aber kein vollständiges 'symptom reversal'. Wie in anderen Studien gibt es auch hier keine Angaben zur Bedeutung der Begriffe 'symptom reversal' oder 'Besserung' sowie zur Erhebung dieser Befunde. Ähnlich unbefriedigend ist die Katamnese, die bei 39 Paaren - wieviele und welche Patienten darunter sind, wird nicht gesagt - im Zeitraum zwischen zwei Wochen bis zwei Jahren nach der Therapie durchgeführt wurde, einmal als 'persönlicher Kontakt', zum zweiten durch per Post zugestellte Fragebögen: auch Blakeney kommt dann durch unklare statistische Manöver zu ihrer hohen Gesamterfolgsrate; auch ihre Studie läßt insgesamt nur das Urteil zu, methodisch unzureichend zu sein.

David (51), der innerhalb von 18 Monaten 36 Patienten in einem "military health care setting" (S. 29) behandelte (dies waren alle Patienten, die während dieses Zeitraums überwiesen wurden), darunter 30 Männer mit Erektionsstörungen, stellt die Diagnose und Symptomatik der Störungen mittels Interview und ausführlicher klinischer Untersuchung fest. Auch er verzichtet auf die Darstellung der Ätiologie, der Zielkriterien, der Ein- und Ausschlusskriterien; seine Angaben zu Patientenvariablen sind sehr dürftig.

Davids therapeutischer Ansatz, den er "behavioral" (S. 30) nennt, basiert auf schriftlichen Anleitungen für in vivo Desensibilisierungsübungen, die täglich durchgeführt werden sollten und über die der Patient täglich Buch führen mußte. In den über zwei bis vier Monate hinweg wöchentlich einmal

stattfindenden, einstündigen Sitzungen wurden die Aufzeichnungen des Patienten besprochen. Die Übungen scheinen - soweit sich das der sehr knappen Darstellung entnehmen läßt - den von Masters/Johnson (197) konzipierten zu ähneln.

Davids Behandlungsergebnisse - auch bei ihm sind keine Meßinstrumente angegeben, keine Begriffsfestlegungen für 'erfolgreich' oder 'gebessert' vorhanden; das gleiche gilt für die Katamnese - berichten von elf erfolglos behandelten Patienten, von denen allerdings keiner das Therapieprogramm beendete; weiter gibt es zwei 'gebesserte' Patienten, die beide an Diabetes Mellitus litten; 17 Patienten gelten als 'erfolgreich' behandelt. Die Katamnese beschränkt sich auf die geheilten Patienten, fand einen Monat nach Abschluß der Therapie statt, aber es bleibt unklar, ob die 'erfolgreichen' Fälle weiterhin als geheilt zu betrachten sind.

Kratochvil (199) vergleicht in seiner Arbeit eine Gruppe von Patienten, die entweder zur Behandlung von Neurosen stationär für insgesamt sechs Wochen aufgenommen und die innerhalb dieser Zeitspanne zwei bis drei Wochen lang gemeinsam mit ihrem Partner wegen funktioneller Sexualstörungen behandelt wurden oder die gleich zu einer zweiwöchigen Paartherapie kamen, mit einer zweiten Gruppe von Patienten, die in sechs verschiedenen Zentren therapiert wurden.

Die stationär behandelte Gruppe ist zwar geringfügig besser beschrieben als die ambulant behandelte, aber immer noch völlig unzureichend: keine Angaben zur Diagnosestellung, Symptomatik, Ätiopathogenese, Patientenvariablen, Ein- und Ausschlusskriterien. Das therapeutische Vorgehen entsprach dem von Masters/Johnson (197) (Unterschiede werden nicht erläutert).

Die Behandlungsergebnisse bei den 15 Patienten mit Erektionsstörungen lassen sich etwas besser einschätzen als diejenigen anderer Autoren, da Kratochvil einmal angibt, was er unter Behandlungserfolg versteht, und dies an seinen Zielkriterien mißt, zum anderen dadurch, daß er seine Katamnese auf einen Fragebogen stützt. Im ganzen sind jedoch auch diese Angaben so lückenhaft, daß der Behandlungserfolg bei erektionsgestörten Patienten von 67% nach follow-up nicht viel aussagt.

Die Resultate der zweiten Gruppe sind auf weitaus unklarere Weise zustande gekommen, was den Autor nicht davon abhält, einen Gesamtvergleich zwischen den beiden Gruppen anzustellen, der entsprechend der Qualität der Ausgangssituation gewertet werden muß.

Meyer (197) behandelte 16 Paare nach Masters/Johnsons (187) Programm; seine Angaben zur Diagnose der funktionellen Sexualstörungen sind etwas unklar: zum einen legt er ausdrücklichen Wert auf eine sehr genaue Diagnose, wobei ihm die Feststellung von psychiatrischer Symptomatik oder psychiatrischer Diagnose neben der funktionellen Sexualstörung von besonderer Wichtigkeit ist; andererseits teilt er keine genauen Zahlen zur Häufigkeit der einzelnen Krankheitsbilder in der von ihm behandelten Gruppe mit, daher lassen seine Ergebnisse keinen Schluß auf die Wirksamkeit seines Vorgehens bei den jeweiligen Diagnosegruppen zu. Der Autor gibt an, daß unter den 16 Männern der Stichprobe 44% "sexual diagnoses", hingegen 75% "psychiatric diagnoses or symptoms or traits" (bde. S. 173) hatten.

Während der Studie über die vorgefundene Symptomatik und die Zielkriterien der Behandlung nichts zu entnehmen ist, sind Patientenvariablen und Ein- und Ausschluss-/Ausschlusskriterien ausführlich dargestellt.

Die stark selektierte Patientengruppe wurde von einem Therapeutenteam wöchentlich über mindestens 10 Sitzungen behandelt und nach Abschluß der Therapie - falls notwendig - telefonisch oder konsultatorisch weiterbetreut. Therapieergebnisse werden von den behandelnden Therapeuten festgestellt, ebenso die follow-up Resultate. Alle Angaben zu diesen Punkten bleiben vage und ungenau; der Autor hebt hervor, daß tendenziell höhere Grade von "non-sexual psychopathology" (S. 175) mit schlechtem Abschneiden bei der Therapie assoziiert war.

Aus obengenanntem Grund gehe ich hier nicht im einzelnen auf die Ergebnisse ein; wert, festgehalten zu werden, scheint der Versuch der Autoren, funktionelle Sexualstörungen unter sorgfältiger Mitberücksichtigung psychiatrischer Symptomatik und/oder Diagnose zu diagnostizieren und zu therapieren sowie die Behandlungsergebnisse auf diesen Gesichtspunkt hin zu überprüfen. Die zentrale Aussage der Studie lautet: "perhaps the most one can say at this time is that any sexual disability has 2 components - a neurotic component related to internalized conflict and a habitual conditioned response mode related to repeated partial gratifications." (S. 176).

Levine (156) untersuchte die Wirksamkeit von 'Sexualtherapie' bei chronischer sekundärer psychogener Impotenz.

Diese Diagnose wurde bei 16 Patienten gestellt nach insgesamt dreistündigen Gesprächen des Paares mit den Therapeuten. Mit Hilfe der Symptomatologie unternahm Levine den Versuch einer Einordnung der vorliegenden Stö-

rung in ein Schema mit sieben "levels of Erectile Functioning" (S.237). Seine Zielkriterien sind ausführlich definiert und bieten unter Hinzunahme des angesprochenen Einteilungsschemas einen ausreichenden Maßstab zur Erfolgsbeurteilung im Einzelfall.

Die Patienten liegen altersmäßig zwischen 25 und 59 Jahren und sind nach Rasse, Religion, sozialer Schicht, Dauer der Ehe, Dauer der Symptomatik und weiteren sexuellen Symptomen beschrieben; die Einschlusskriterien sind angegeben.

Die Therapie, von einem männlichen Therapeuten durchgeführt, wurde geplant als "relatively short-term but open-ended" (S. 237), eine Beendigung nach drei Monaten wurde angestrebt. Die Sitzungen fanden zunächst mehrmals, später einmal wöchentlich statt. Zugrunde lag auch hier das Konzept von Masters/Johnson mit Modifikationen nach Kaplan (114): Diese Techniken "represent a combination of behavioral suggestions, aimed at decreasing performance anxiety, and Psychotherapy, aimed at appreciating the significance of any resistance to these suggestions" (S. 237). Hinweise auf rezidivprophylaktische und generalisationsfördernde Methoden liegen nicht vor; eine Kontrollgruppe wurde nicht eingesetzt.

Die Behandlungsmethode dokumentiert Levine folgendermaßen:

Nach Abschluß der Therapie wurde jeder Partner von einem unabhängigen Psychoanalytiker mit Hilfe eines semistrukturierten, 45-minütigen Interviews untersucht (Schwerpunkte dieses Interviews sind aufgeführt). Dessen Beurteilung lieferte zusammen mit dem Ergebnis eines prä-post-Therapie-Vergleichs durch das Sexual Interaction Inventory die Grundlage für die Einschätzung des Behandlungserfolges; danach konnten 14 von 16 Patienten im Verlauf der Therapie während des Vorspiels eine Erektion erzielen sowie mindestens einmal den Geschlechtsverkehr vollziehen. Lediglich drei Patienten behielten jedoch diese Fähigkeit; von den elf 'Rückfällen' waren acht 'häufig' von der Wiederkehr der Symptomatik betroffen.

Nur ein Paar beendete die Therapie mit einem Erfolg - was bei Levine bedeutet: "being aproblematic in desire, performance, and satisfaction" (S.238). Fünf weitere Männer waren zwar potent, aber vier von ihnen litten weiter unter "desire problems", "incomplete turgidity" und "performance anxiety" (S. 240). Vier Patienten waren in der Lage, wenigstens in der Hälfte der erwünschten Fälle den Geschlechtsverkehr zu vollziehen, sechs Patienten zeigten keine Veränderung gegenüber vorher. Auch bei diesen zehn Männern lagen zusätzliche sexuelle Probleme vor (s.o.).

Die Interviews ergaben ferner bei 24 Patienten einen Zugewinn auf nicht-

sexuellen Gebieten wie Kommunikation etc.; sechs Patienten gaben ihre Situation als verschlechtert an.

Levine verglich die sieben Paare, die eine Besserung erfahren hatten, mit den acht Paaren ohne Besserung und fand, daß bei letzteren die Partnerbeziehung schlecht war sowie die Symptomatik von dem Paar auf allgemeine (nicht spezielle) Gründe - z.B. gegenseitige Ablehnung - zurückgeführt wurde.

Die Katamnese bestand aus semistrukturierten Interviews durch den Therapeuten nach drei, sechs, neun und zwölf Monaten. Die Ergebnisse, ausführlich dokumentiert, sind zusammengefaßt: bei 31,3% der Patienten blieb im Laufe dieses einen Jahres das Therapieergebnis unverändert; bei den übrigen 68,7% waren die Resultate instabil. Bezüglich des Erfolges bedeutet dies: Keines der 'desire problems' wurde durch die Therapie beseitigt; 75% der Patienten hatten sich im Vergleich zum Zeitpunkt des Therapieabschlusses verschlechtert; 68,8% waren nach zwölf Monaten jedoch gebessert im Vergleich zum Therapiebeginn.

Der Autor diskutiert abschließend sehr breit seine Ergebnisse und arbeitet verschiedene Gesichtspunkte zur Beurteilung von Sexualtherapien heraus, die hier nicht im einzelnen wiedergegeben werden sollen. Sein Fazit: "Sex therapy is an impressive diagnostic tool for defining the exact nature of the interpersonal problem and recognizing the presence of serious intrapsychic conflict. It is a reasonably effective treatment for improving erectile functioning in couples with chronic impotence. When success is stringently defined in terms of 'cure', however, the rate is very low. Many apparent successes are partial and temporary. Sex therapy is not likely to be effective in resolving male desire problems associated with impotence. This study emphasizes the need to apply comparably stringent criteria to the other therapies used in treating this disorder - particularly individual psychoanalytically oriented therapy." (Levine (156), S. 249).

Perreault (221) legt eine Studie vor, deren Ziel es war, die Wirksamkeit direkter Sexualtherapie bei Patienten zu überprüfen, die nicht hinsichtlich Beziehungskonflikten mit dem Partner oder psychiatrischer Begleitsymptome vorselektiert (=ausgeschlossen) waren.

Die 12 Paare wurden psychiatrisch untersucht; bei fünf Frauen und drei Männern fanden sich neben der funktionellen Sexualstörung 'psychiatrische

Probleme'. Weiter wandte der Autor Beurteilungen über Kommunikationsstil, Problemlösungsverhalten, Versuche zu Verhaltensänderungen etc. an, um eine Aussage über den nicht-sexuellen Interaktionsstil des Paares machen zu können.

Perreaults Studie leidet an fehlenden Angaben zur Diagnose der einzelnen Patienten; so ist nur einer Aufzählung zu entnehmen, daß in fünf der 12 Fälle das Paar wegen sekundärer Erektionsstörungen des Mannes zur Behandlung erschien. Weiterhin gibt es keine Mitteilungen zu Symptomatik und Ätiopathogenese; die Patienten sind kaum beschrieben; Zielkriterien fehlen.

Die Therapie lehnt sich an Masters/Johnsons Vorgehen und Modifikationen anderer Autoren an, ist aber - je nach diagnostischen Befunden - bei neun von 12 Paaren um durchschnittlich neun paartherapeutische Sitzungen zur Behandlung nicht-sexueller Probleme erweitert.

Das Behandlungsergebnis erfaßten die Therapeuten selbst in der letzten Sitzung mit Hilfe zweier sehr oberflächlich beschriebener Skalen. Danach wurden 'geheilt': 33%; 'verbessert': 28%; 'leicht gebessert': 44%; 'keine Veränderung': 6%; 'verschlechtert': 6%. Wie der Autor selbst einräumt, erlaubt die geringe Stichprobengröße keine statistische Analyse; er diskutiert das bei Anwendung strenger Kriterien schlechte Ergebnis sowie die möglichen Zusammenhänge zwischen dem Resultat und den Faktoren: "presence of a psychiatric problem and marital discord" (S. 50).

Von Ansari (6) stammt eine der wenigen kontrollierten Studien: er vergleicht zwei verschiedene Therapiemethoden (Chemotherapie vs. eine Masters/Johnson-Modifikation) miteinander und gegen eine nichttherapierte Gruppe.

Die Studie umfaßte insgesamt 65 Patienten mit Erektionsstörungen, die in drei diagnostische Untergruppen eingeteilt wurden:

- 1) Plötzlicher Beginn, ausgelöst durch psychisches oder physisches Trauma;
- 2) Allmählicher Beginn, ausgelöst durch langandauernde psychische oder physische Belastungsfaktoren;
- 3) Allmählicher Beginn, auslösende Ursache nicht auszumachen.

Jede dieser Gruppen zählte 21 bzw. 23 Patienten, die nun auf eine der beiden Therapieverfahren bzw. auf die Kontrollgruppe verteilt wurden; dies erfolgte nicht streng zufällig, sondern berücksichtigte die Tatsache, daß allein zur Therapie erscheinende Patienten keiner Therapie nach Masters/Johnson unterzogen werden können. Diese Männer wurden deshalb nur der Chemotherapie oder der Kontrollgruppe zugeordnet.

Alle Patienten besuchten über einen Zeitraum von sechs bis acht Monaten etwa alle zwei bis drei Wochen einmal die Klinik (insgesamt 12 bis 14 Treffen).

Der Autor beschreibt die Chemotherapie (Gabe von Oxazepam in der Dosierung von 30 bis 90 mg/die) und die Masters/Johnson-Modifikation (nur ein Therapeut, ambulante Behandlung) ungenügend. Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten keine spezifische Therapie, erschienen aber ebenso oft wie die anderen Patienten in der Klinik und wurden gleichfalls untersucht und in die Katamnese miteinbezogen.

Bei der Mitteilung der Behandlungsergebnisse erläutert der Autor zwar, was er unter 'geheilt', 'gebessert', 'unverändert' versteht; doch wie der Therapieerfolg festgestellt bzw. gemessen wird, findet - wie schon bei der Diagnosefindung - keine Erwähnung. Das Resultat bescheinigt statistisch keiner der Therapiemethoden einen Vorteil gegenüber der Kontrollgruppe; lediglich die diagnostischen Untergruppen 1) und 2) zeigen insgesamt bessere Ergebnisse als die Untergruppe 3).

Die Katamnese - durchgeführt über acht Monate mit je zwei bis drei Treffen je Patient - ergab für die Männer der Gruppe 1) keinen signifikanten Unterschied im Vergleich zu den Ergebnissen am Therapieende, wohingegen zahlreiche Patienten der Gruppen 2) und 3) in dieser Zeit Rückfälle erlitten. In seiner Diskussion kommt Ansari zu dem Schluß, daß a) aus seiner Untersuchung hervorgeht, daß die beschriebenen Therapiemethoden keine besseren Ergebnisse bringen als die spontane Remissionsrate für Neurosen; b) bei den Patienten der Gruppe 3) andere auslösende Faktoren angenommen werden müssen "in terms of inherent physiological factors" (S. 197); c) bessere Ergebnisse häufiger mit der Anwesenheit eines verständigen Partners und dessen voller sexueller Funktionsfähigkeit sowie kürzerer Dauer der Symptomatik assoziiert waren; d) überprüft werden muß, ob die bisher berichteten Erfolgsraten spezifischer Behandlungsmethoden tatsächlich auf die therapeutischen Einwirkungen zurückzuführen sind.

Mathews (189), der auch eine vergleichende Studie veröffentlicht, allerdings ohne Kontrollgruppe, kommt zumindest tendenziell zu anderen Ergebnissen:

Mit seiner Untersuchung versuchte der Autor, die Wirksamkeit von zwei Bestandteilen der Masters/Johnson-Therapie zu überprüfen, und zwar einmal der "directed practice", zum anderen dem "counselling" (Bde. Zitate S. 427). Deshalb ordnete er seine Patienten drei Therapiegruppen zu, nämlich

1) einer nach Masters/Johnson modifizierten Therapie, die beide Therapieelemente enthält; 2) nur direktiven Maßnahmen (per Post zugestellt, mit minimalem persönlichen Kontakt); 3) systematischer Desensibilisierung mit "counselling" (S. 429). Zusätzlich untersuchte Mathews die Frage, ob der Einsatz von entweder einem oder zwei Therapeuten den Ausgang der Therapie beeinflussen.

Die Zuteilung der 36 Paare zu den drei Gruppen erfolgte zufällig; die Behandlung begann bei allen Patienten ähnlich, mit persönlichem Interview bei der Partner durch einen Psychiater, körperliche Untersuchung und round-table-Gespräch.

Diagnosestellung, Symptomatik, Ätiologiehypothesen, Zielkriterien, Einschuß- und Ausschußkriterien sind entweder schlecht oder gar nicht dargestellt.

Da Mathews seinen Vergleich für die Behandlung aller funktionellen Sexualstörungen gleichzeitig macht und nicht näher auf die unter den 36 Paaren befindlichen 13 erektionsgestörten Männer eingeht, soll hier das therapeutische Vorgehen nicht im einzelnen nachvollzogen werden; auch die Ergebnisse sind nicht differenziert für das einzelne Krankheitsbild wiedergegeben. Im übrigen stellt der Autor als Ergebnis seiner Datenanalyse nur die Vermutung auf, daß sowohl 'directed practice' wie 'counselling' wichtige Bestandteile der Masters/Johnson-Therapie sind; daß systematische Desensibilisierung plus 'counselling' wenig Veränderungen bewirkt; daß die genauen Gründe für die Wirksamkeit der Masters/Johnson-Therapie noch erforscht werden müssen; daß der Einsatz von zwei gegenüber einem Therapeuten bei der Masters/Johnson-Therapie von Vorteil scheint.

Crowe's (49) Untersuchung, deren Ziel es war, die von Masters/Johnson angenommenen Notwendigkeiten spezifischer Techniken (Koitusverbot, sensorische Fokussierung etc.) sowie des Einsatzes eines Therapeutenpaares zu überprüfen, stützte sich auf 48 Paare. Von diesen 48 Paaren hatten 24 Paare einen männlichen Symptomträger; 14 der männlichen Symptomträger litten an primärer und sekundärer 'Impotenz'.

Nach eingehender Anamneseerhebung, Untersuchung und Anwendung von Einschuß-/Ausschußkriterien (als männliche Versuchspersonen wurden nur solche mit der Diagnose primäre oder sekundäre 'Impotenz' zugelassen; ihre weiblichen Partner durften nicht unter Vaginismus leiden; kein Partner durfte Träger einer schweren psychiatrischen Erkrankung sein) wurden die Paare zufällig einer der drei folgenden Behandlungsgruppen zugeteilt - allerdings

mit der Einschränkung, daß in jeder dieser Gruppen jeweils acht Paare mit männlichem und acht Paare mit weiblichem Symptomträger waren:

- 1) Modifizierte Masters/Johnson-Therapie mit zwei Therapeuten - mit Einsatz von Koitusverbot, sensorischer Fokussierung, vorgeschriebenen Übungen;
- 2) Modifizierte Masters/Johnson-Therapie mit einem Therapeuten - Ansatz wie 1);
- 3) Vergleichsgruppe mit einem Therapeuten - Therapie konzentriert sich auf Diskussion von Eheproblemen; Benutzung von Entspannungstechniken und Kommunikationsübungen. Keine Hinweise oder Ratschläge hinsichtlich sexueller Aspekte der Paarbeziehung durch den Therapeuten.

Außer diesen Angaben ist über die Therapie nur zu erfahren, daß jeweils fünf bis zehn Sitzungen à 30 bis 40 Minuten Dauer in zweiwöchigen Abständen abgehalten wurden.

Ca. ein Jahr nach Therapieende wurde ein follow-up-Gespräch geführt, für das jedoch nur noch 36 der 48 Paare zur Verfügung standen. Die verschiedenen, jeweils vor und nach der Therapie sowie katamnestisch erfragten Variablen (Meßinstrumente: Maudsley Marital Questionnaire; General Adjustment Scale; Bancroft Sexual Interest Scale; Target Problems) dokumentiert Crowe in tabellarischer Übersicht. Sein Resultat lautet: Paare beider Therapie-Spielarten nach Masters/Johnson (= Gruppen 1) und 2)) "became significantly more interested in sex after therapy than couples in the comparison group. No other variables showed significant differences between groups" (S.51). Auch hinsichtlich des Einsatzes von einem oder zwei Therapeuten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Alle Therapieergebnisse blieben über ein Jahr stabil, wobei ein Vergleich zwischen den Gruppen zum follow-up Termin in keinem Punkt signifikante Unterschiede erbrachte.

Der Autor schließt aus diesen Resultaten auf die Gleichwertigkeit anderer Therapieverfahren mit modifizierten Masters/Johnson-Therapien. Er unterläßt es jedoch, die eingetretene Veränderung der sexuellen Symptomatik darzustellen.

Das angesprochene Verfahren der systematischen Desensibilisierung wurde 1968 von Friedman (85) eingesetzt zur Therapie von 'Impotenz' bei 19 Patienten, von denen zehn 'Erektionsschwierigkeiten' hatten. Das therapeutische Vorgehen bestand zusammengefaßt aus der i.v. Verabreichung von anfänglich 0,5 bis 0,75 ml einer 2,5%igen Methohexital-Natrium-Lösung zur Entspannung und darauffolgender Konzentration des Patienten auf Situationen, die er zu

Beginn der Therapie auf einer Liste zusammengestellt hatte, und zwar in der Reihenfolge von wenig (= Händehalten) bis massiv angstausslösend (= Geschlechtsverkehr mit intravaginaler Erektion für mindestens zehn Minuten vor der Ejakulation).

Insgesamt handelt es sich bei Friedmans Studie um eine Aneinanderreihung von Fallgeschichten; methodisch ist seine Darstellung völlig unzureichend, da alle folgenden Bereiche nicht angesprochen oder unvollständig bearbeitet sind: Diagnose, Symptomatik, Ätiologie, sämtliche Patientenvariablen, jegliche Meßinstrumente oder Kontrollmaßnahmen, Katamnese, Ergebnisse, Datenanalyse und Nebenwirkungen.

Auch in einer späteren Veröffentlichung führt Friedman (86) 19 Fälle mit psychogener 'Impotenz' in einem größeren Zusammenhang auf, ohne die beschriebenen Mängel zu berücksichtigen.

Kockott et al. (131) überprüfen den Ansatz der systematischen Desensibilisierung in der Behandlung von Erektionsstörungen hinsichtlich zwei Fragestellungen:

1) Ob die systematische Desensibilisierung eine wirksame Therapie bei Erektionsstörungen ist und 2) "ob sie nach einem festgelegten Zeitraum bessere Resultate liefert als die allgemein übliche therapeutische Beeinflussung mit verschiedenen Medikamenten und allgemeinen Ratschlägen, gemessen am Verhalten, an der Einstellung und im physiologischen Bereich." (S. 314).

Die Autoren unterlassen es, Diagnostik, Symptomatik und Ätiopathogenese darzustellen. (Dies soll möglicherweise aus einigen Messungen vor Therapiebeginn -s.u.- hervorgehen).

Die Stichprobe umfaßt 24 Patienten, deren sozioökonomische Daten hinlänglich beschrieben sind; Einschlusskriterien waren: Bestehen der Erektionsstörung vor oder während des Sexualaktes seit mindestens sechs Monaten; Vorhandensein einer kooperativen Partnerin. Ausschlusskriterien waren: "Patienten mit einer Ejaculatio praecox, einer Impotentia ejaculandi und mit Erektionsstörungen, die sich auf organische Krankheiten, im Vordergrund stehende Partnerkonflikte, Depressionen oder sexuelle Deviationen zurückführen ließen." (S. 314). Wie all diese Kriterien ermittelt wurden, was sie im einzelnen bedeuten (z.B. Partnerkonflikte), bleibt unklar. Zielkriterien formulieren die Autoren nicht.

Kockott et al. bildeten drei Gruppen à acht Patienten: Die Patienten der ersten Gruppe wurden mit systematischer Desensibilisierung behandelt; die der zweiten Gruppe durch Institutsärzte lediglich "betreut" (S. 314); die der dritten Gruppe kamen auf die Warteliste.

Worin im einzelnen die Therapie bestand, wird nicht erläutert; es heißt lediglich, die Patienten erhielten "je 14 Sitzungen systematischer Desensibilisierung" (S. 314). Die Durchführung der Sitzungen übernahmen zwei Therapeuten für jeweils 7 Sitzungen. Patienten der zweiten Gruppe wurden viermal im Abstand von ca. drei bis fünf Wochen von einem Arzt medikamentös mit einem Aphrodisiakum versorgt und allgemein beraten, während Patienten der dritten Gruppe im Durchschnitt 16 Wochen warten mußten.

Den Therapieerfolg kontrollierten die Autoren insgesamt viermal (zweimal vor Beginn, einmal während und einmal nach der Therapie/Wartezeit) auf drei Ebenen (s.o.):

- 1) der Verhaltensebene (mit Hilfe eines semistrukturierten Interviews),
- 2) der subjektiven Ebene (mit Hilfe von Einstellungsmessungen) und
- 3) der physiologischen Ebene (bestimmt durch penisplethysmographische Ableitung. Damit bestehen baseline-Daten sowie eine Verlaufs- und Therapiekontrolle).

Kockott et al. besprechen die Ergebnisse dieser Datensammlungen sehr ausführlich. Es ergeben sich Schwierigkeiten bei der Beurteilung der erhaltenen Meßergebnisse hinsichtlich ihrer Bedeutung; das semistrukturierte Interview wird als zu grob beschrieben, die damit erhaltenen Aussagen sind zum Teil nicht interpretierbar. Das gleiche trifft für die quantitative Auswertung der Ergebnisse der Penisplethysmographie zu, "vor allem aus technischen Gründen" (S. 320).

Gemessen an den Kriterien: Störung behoben, "wenn die Erektion (und Ejakulation) später als etwa eine Minute nach Vaginalkontakt nachließ" (S. 321) sowie Störung gebessert bei "Nachlassen der Erektion nach weniger als etwa einer Minute nach der Vereinigung mit oder ohne Ejakulation" (S. 321) waren sowohl in der mit systematischer Desensibilisierung therapierten als auch in der nur 'betreuten' Gruppe zur Zeit der Abschlußtestung bei je zwei Patienten die Störung behoben und bei je einem Patienten die Störung gebessert. Insgesamt zeigten sich im Vergleich zu den Patienten auf der Warteliste bei den Gruppen 1) und 2) Veränderungen im Sinne einer Besserung; beim Vergleich der Ergebnisse zwischen Gruppe 1) und Gruppe 2) kommen die Autoren jedoch zu dem Schluß, daß systematische Desensibilisierung zwar eine wirksame, aber unzureichende Therapieform ist, die "anscheinend nicht effektiver als ärztliche Allgemeinberatung und Verordnung von einschlägigen Medikamenten ist." (S. 322).

Zusammenfassend läßt sich bemerken, daß sich Kockotts Studie durch detaillierte Angaben zu einigen Meßinstrumenten und den Einsatz einer Kontrollgruppe hervorhebt, doch auch diese Untersuchung weist zu große Lücken auf,

als daß sie einer methodischen Prüfung standhalten könnte.

Auerbach/Kilman (13) vergleichen ebenfalls eine Gruppe von mit systematischer Desensibilisierung behandelten Patienten mit einer Kontrollgruppe unter folgender Fragestellung:

Ist systematische Desensibilisierung effektiver bei der Beseitigung von Erektionsstörungen als eine Placebothherapie? Werden durch systematische Desensibilisierung Verbesserungen innerhalb der Partnerbeziehung in nicht-sexuellen Bereichen erzielt? Trägt systematische Desensibilisierung allgemein zu besserer sexueller Funktionsfähigkeit bei?

Die 24 Patienten - alle mit sekundären Erektionsstörungen - mußten in mindestens 15% der Versuche nicht in der Lage gewesen sein, den Geschlechtsverkehr auszuüben. Bis auf diese Feststellung lassen sich die Autoren kaum über Diagnostik, Symptomatik, Ätiopathogenese und weitere Einschluß-/Ausschlußkriterien aus. Sozioökonomische Daten der Patienten sind zum Teil den Tabellen der Veröffentlichung zu entnehmen.

Die Patienten waren auf zwei Gruppen verteilt, "balanced with respect to age, education, severity of disorder, duration of disorder, number of sexual partners, cooperativeness of partner, and marital status." (S. 331).

Bei allen Versuchspersonen wurden baseline-Daten erhoben mittels Success/Experience Ratio Sheet, einem Sexual History Questionnaire und dem Nonsexual Relationship Inventory. Alle Versuchspersonen erhielten für die - vermutlich - ersten 1 1/2 Wochen, also dem Zeitpunkt des Therapiebeginns, Koitusverbot. Nachdem aus verschiedenen Gründen in jeder Gruppe je vier Teilnehmer ausgefallen waren, konnte die Therapie der systematischen Desensibilisierung (Hypothese: Angst ist die primäre Ursache für Erektionsstörungen; deshalb zielt systematische Desensibilisierung auf Angstabbau) nur bei acht Patienten durchgeführt werden:

Nach gegenseitigem Kennenlernen wurden die Patienten in der Gruppe durch den männlichen Therapeuten in Entspannungsübungen (nach Wolpe/Lazarus (324)) unterrichtet. Diese Übungen mußten zuhause täglich zweimal durchgeführt werden. Von der dritten Sitzung an wurden in tiefer Entspannung nacheinander Bilder in der Fantasie vorgestellt, die zuvor gemeinsam festgelegt worden waren als zunehmend Angst erzeugende Abstufungen sexueller Situationen. Maßstab für das Tempo des Vorgehens war jeweils der 'langsamste' = ängstlichste Patient. Angst sollten die Versuchspersonen durch Heben des Fingers signalisieren. 15 derartige Sitzungen à 45 Minuten Länge wurden ab-

gehalten. Das Kriterium für erfolgreiche Beendigung der Hierarchie war die Fähigkeit des Patienten, sich die am massivsten Angst auslösende Situation zweimal jeweils zehn Sekunden lang vorstellen zu können.

Die acht Kontrollpersonen erlernten die gleichen Entspannungsübungen, wurden angewiesen zuhause zu üben, erhielten aber sonst keine Therapie.

Zur Messung der Therapieergebnisse setzten die Autoren abermals Success/Experience Ratio Sheet, Nonsexual Relationship Inventory sowie zusätzlich einen Sexual Relationship Inventory ein. Mit allen drei Instrumenten ergaben sich bei der Versuchsgruppe sowohl im Vergleich zu den baseline-Daten als auch zur Kontrollgruppe bei Therapieabschluß und bei follow-up nach drei Monaten signifikante Unterschiede, die von den Partnern der Versuchspersonen tendenziell jeweils bestätigt und von den Autoren dahingehend interpretiert wurden, daß in Gruppen durchgeführte systematische Desensibilisierung wirksamer ist als eine Plazebothherapie und sowohl auf sexuellem wie nichtsexuellen Gebieten zu einer besseren Funktionsfähigkeit führt, allerdings mit der Einschränkung, daß die Versuchspersonen alle der mittleren bis oberen Mittelschicht entstammten und das Verfahren für niedrige Schichten erst zu testen sei.

Die Autoren gelangen damit hinsichtlich der Bedeutung von systematischer Desensibilisierung bei der Behandlung von Erektionsstörungen zu einem anderen Ergebnis als etwa Kockott et al. (131).

Obler (213) widmete seine Studie ebenfalls der Frage, ob systematische Desensibilisierung zur Beseitigung sexueller Funktionsstörungen wirksam ist. Darüberhinaus wollte er den Ansatz der systematischen Desensibilisierung modifizieren einmal durch den Gebrauch von Bildmaterial, zum andern durch zusätzliches "assertive training and confidence training to overcome anxiety related to social functioning with members of the opposite sex." (S. 96). Vorab muß allerdings die gewichtige Einschränkung gemacht werden, daß Obler keine einzelnen Krankheitsbilder bzw. Funktionsstörungen spezifiziert, sondern nur funktionelle Sexualstörungen insgesamt betrachtet und behandelt; seine Ergebnisse können somit nur unter diesem Vorbehalt auf den Spezialfall der Erektionsstörungen übertragen werden.

Die 64 männlichen und weiblichen Versuchspersonen wurden unter 235 Freiwilligen nach strengen Kriterien ausgesucht und in drei hinsichtlich Diagnose, Ehestatus und Dauer der Symptomatik ausgewogene Gruppen aufgeteilt, von denen die erste mit systematischer Desensibilisierung, die zweite mit

"Traditional group therapy" (S. 94) therapiert wurden, während die dritte Gruppe keine Behandlung erhielt.

Mit Hilfe von Pittsburgh Scale of Extroversion - Introversion and Emotionality (PSEI), Sexual Anxiety Scale (SAS), und Anxiety Differential Scale (ADS), sowie bei Gruppe 1) und 2) zusätzliche Messung des galvanischen Hautwiderstandes und der Herzfrequenz wurden die baseline-Daten erhoben. (Die Tests werden vom Autor kurz beschrieben). Die Patienten waren angewiesen, genau über ihre erfolgreichen bzw. erfolglosen sexuellen Erlebnisse - in Bezug auf ihre jeweilige Symptomatik - Buch zu führen. Auch die Partner erhielten diese Anweisung. Nach Abschluß der Therapie kamen die gleichen Meßinstrumente zum Einsatz, ausgenommen den PSEI.

Das therapeutische Vorgehen bestand aus 15 wöchentlich stattfindenden, 45-minütigen Sitzungen, ähnelte im Ablauf sehr der Darstellung Auerbach/Kilmans (13). Wie angedeutet, arbeitete Obler mit zusätzlichen Modifikationen. Er setzte z.B. Bilder (Filme oder Dias) ein, wenn die Patienten Schwierigkeiten hatten, sich sexuelle Situationen vorzustellen, und er führte in der sechsten, achten, zehnten und zwölften Sitzung begleitendes Selbstsicherheitstraining bzw. Rollenspiele durch.

Die Gruppentherapie wurde demgegenüber von zwei ausgebildeten Psychoanalytikern abgehalten, einmal wöchentlich eineinhalb Stunden, insgesamt zehn Sitzungen. Zwei Untergruppen à zehn Teilnehmer wurden gebildet, die die sexuellen und sozialen Probleme der Versuchspersonen besprechen und analytische Interpretationen anbieten sollten.

Die Therapieergebnisse - wie angedeutet nur allgemein und mit den genannten Instrumenten erfaßt - sowie ein follow-up nach eineinhalb Jahren veranlassen den Autor, die modifizierte systematische Desensibilisierung als der analytisch orientierten Gruppentherapie bzw. keiner Therapie (=Kontrollgruppe) überlegen zu bezeichnen. Dies geht auch aus seiner Datenanalyse hervor. Unklar hingegen bleibt, wie die angegebene 80%ige Heilungsrate zustande kommt bzw. was Obler unter geheilt versteht. Zu den vom Autor selbst gemachten Einschränkungen an der Qualität der Studie (Autor führt selbst die Therapie durch; ungleiche Behandlungsbedingungen in den Gruppen: Gruppenbehandlung vs. Individualtherapie) kommen noch die hochseligierte Patientstichprobe und vor allem die nicht gegebene Übertragbarkeit des Gesamtergebnisses auf einzelne Krankheitsbilder als Manko der Untersuchung hinzu.

Arentewicz (9) gibt einen Überblick über eine Voruntersuchung, in der von Januar 1972 bis Oktober 1973 eine modifizierte Masters/Johnson-Therapie bei 23 Paaren angewandt wurde; dies diente als vorläufige Erprobung des therapeutischen Konzeptes von Masters /Johnson "für hiesige Verhältnisse" (Arentewicz (12), S. VI) und wurde als Erfahrungsgrundlage zusammen mit dabei erstellten Therapiemanualen der Ausgangspunkt für eine zweite, beträchtlich umfangreichere Studie, die Arentewicz/Schmidt (12) zwischen Oktober 1973 und Dezember 1977 durchführten und die hier - nicht zuletzt wegen ihres Umfangs - ausführlich besprochen werden soll.

Ziel des besagten Forschungsvorhabens war die "Ausarbeitung und Überprüfung einer ökonomischen, allen sozialen Schichten zugänglichen, ambulant durchführbaren Therapie sexueller Störungen" (in (12), Vorwort), was u.a. durch Vergleich dreier verschiedener Therapiesettings erreicht werden sollte. Alle Paare waren von Ärzten oder Psychotherapeuten an die Poliklinik der Abteilung für Sexualforschung überwiesen worden; die Indikation zur Paartherapie stellte der untersuchende Arzt oder Psychologe der Poliklinik. Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie führten die Autoren eine Begleituntersuchung durch, die auf die Bereiche Sexualität, Partnerbeziehung und psychisches Allgemeinbefinden abzielte. Die dazu erforderliche Datenerhebung erfolgte zu sechs verschiedenen Zeitpunkten und ermöglichte damit zugleich die Messung von Veränderungen in den angesprochenen Bereichen.

Mit der Voruntersuchung (zwischen drei und zwölf Monaten vor Therapiebeginn) konnten baseline-Daten ermittelt, die Diagnose genauer gefaßt sowie Symptomatik und Ätiologie erforscht werden. Die Autoren erhielten die Daten zu den genannten drei Bereichen durch Einsatz unterschiedlicher Instrumente, die sie aufzählen (s.dazu (12), S. 105, Tabelle 7; es handelt sich um die psychologischen Tests Freiburger Persönlichkeitsinventar, Giessen Test und Emotionalitätsinventar sowie weitere speziell entworfene Fragebögen, die Arentewicz (9), S. 190f. zu entnehmen sind).

Zunächst wurde nach folgenden Kriterien für 275 Paare die Therapie indiziert:

- 1) die sexuelle Störung mußte so schwerwiegend oder chronifiziert sein, daß sie mit Beratung oder Aufklärung nicht zu beheben gewesen wäre;
- 2) es mußte eine feste Partnerschaft bestehen (da das Programm grundsätzlich die Behandlung beider Partner voraussetzt), die beide Partner prinzipiell fortsetzen wollten und wofür sie bereit sein mußten, etwas zu tun (Zeitaufwand der Therapie);

- 3) die sexuelle Funktionsstörung durfte nicht somatisch bedingt sein;
- 4) keine anderen Psychotherapien durften parallel laufen;
- 5) sexuelle Außenbeziehungen sollten während der Therapie nicht bestehen;
- 6) Empfängnisverhütung mußte sichergestellt sein;
- 7) Kontraindikation waren schwere Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit sowie Psychosen.

Die 275 Paare kamen auf die Warteliste, nachdem sie dem Behandlungsvorschlag zugestimmt hatten. Im Verlauf der Wartezeit von drei bis zwölf Monaten sprangen jedoch 73 Paare wieder ab bzw. kamen den Vereinbarungen nicht nach und wurden deshalb ausgeschlossen. Unter den verbleibenden 202 Paaren befanden sich 57 Patienten mit Erektionsstörungen, von denen wiederum ein Viertel an primärer Erektionsstörung litt.

In dem der Therapie vorausgehenden Indikationsgespräch wurde neben der Indikation nach Funktionsstörung auch eine Indikation nach Setting gestellt, die sich an praktischen Kriterien orientierte: So wurde z.B. mit Patienten, die zeitlich in der Lage waren, zweimal pro Woche zu Therapiesitzungen zu erscheinen und sich zusätzlich zwischen den Sitzungen jeweils zweimal etwa eine Stunde Zeit für die Durchführung der Übungen zu nehmen; die einen geeigneten Raum/Wohnung für ungestörtes Zusammensein hatten und die die Therapiezeit nicht länger oder häufiger unterbrechen wollten, in der Regel eine verteilte Therapie durchgeführt. Massierte Therapien bekamen hingegen fast ausschließlich auswärtige Paare angeboten.

Es entstanden so drei verschiedene Versuchsgruppen, die nach Therapieabschluß hinsichtlich ihrer Ergebnisse miteinander verglichen werden sollten. Die Settings waren:

- "1) Zwei Therapeuten - massiert. Therapeutenteam (männlicher und weiblicher Therapeut); tägliche Sitzungen (6 pro Woche), drei Wochen lang; insgesamt 16 Therapiesitzungen (plus Einzelexplorationen, jeder Therapeut mit jedem Partner). 67 Paare mit 77 Funktionsstörungen wurden in dieser Form behandelt.
- 2) Zwei Therapeuten - verteilt. Therapeutenteam; zwei Sitzungen wöchentlich; die Therapie war auf etwa 35 Sitzungen (plus Einzelexplorationen) in einem Zeitraum von fünf bis sechs Monaten angelegt. 82 Paare mit 87 Funktionsstörungen wurden in dieser Form behandelt.
- 3) Ein Therapeut - verteilt. Männlicher oder weiblicher Therapeut; sonst wie 2). 53 Paare mit 59 Funktionsstörungen wurden in dieser Form behandelt, 29 von einem männlichen, 24 von einem weiblichen Therapeuten." (S. 68)

Die Patienten mit Erektionsstörungen wurden folgendermaßen behandelt: 30 Patienten in Gruppe 1); 15 Patienten in Gruppe 2); 12 Patienten in Gruppe 3).

Hinsichtlich sozioökonomischer Daten machten die Autoren Angaben zu Alter, Familienstand, Kindern, Dauer der Beziehung/der Störung, Beruf, Berufstätigkeit, Schulbildung des Patienten und des Partners.

Die Festlegung des Therapiezieles erfolgt nach Arentewicz/Schmidt (12) bei psychischen Störungen nicht automatisch aus der Beschreibung der Störung bzw. des Symptoms, sondern muß individuell erörtert werden und verlangt einen Entscheidungsprozeß in mehreren Schritten. Die Sexualität der Patienten soll nicht isoliert betrachtet und ohne Berücksichtigung der übrigen Lebensumstände therapeutisch angegangen werden, die Zieldefinition soll sich an der "subjektiven Befriedigung der Patienten" (S. 137) orientieren. Dabei liegt der Schwerpunkt der Therapie auf der Verbesserung bzw. Wiederherstellung der sexuellen Funktion und der sexuellen Beziehung durch korrigierende emotionale Erfahrungen.

"Direkt auf die Verbesserung der sexuellen Funktionsstörung zielt die Auflösung des Selbstverstärkermechanismus und der Aufbau alternativer Verhaltensformen. Dazu gibt es im Konzept konkrete Anleitungen zur Bearbeitung verschiedener Teilziele:

- 1) Abbau von Versagensängsten und Vermeidungsverhalten im sexuellen Bereich durch die Verschreibung der Übungen, die als standardisierte Angsthierarchie eine stufenweise Desensibilisierung der Patienten und damit ein angstfreies Erleben der Sexualität ermöglichen.
- 2) Aufhebung von Lerndefiziten durch Informationen über Anatomie, Physiologie und Psychologie der Sexualität, Betonung der Bedeutung nicht-genitaler Sexualität und Relativierung von Normen und Moralbegriffen, möglichst konkret anhand der neuen Erfahrungen der Patienten in den Übungen.
- 3) Förderung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten in der sexuellen Beziehung durch Anleitung zu differenzierter Wahrnehmung ihrer Körpergefühle und Bedürfnisse im Rahmen der Übungen; die Patienten lernen allmählich, sich für die Befriedigung ihrer Bedürfnisse selbst verantwortlich zu fühlen und sich zunehmend an ihren eigenen Erfahrungen statt an äußeren Normen oder (vermuteten) Erwartungen des Partners zu orientieren.
- 4) Verbesserung der Kommunikation zwischen den Partnern durch die Modell- erfahrung in den Therapiesitzungen, in denen konkret und ausführlich über Sexualität und die Gefühlsreaktionen im Zusammenhang mit sexuellen

Erfahrungen gesprochen wird; dies wird ergänzt durch entsprechende Anleitungen für die Übungen." (S. 194).

Die Therapieziele stehen in Einklang mit den sehr ausführlich dargestellten Hypothesen der Autoren zur Ätiopathogenese funktioneller Sexualstörungen. Zusätzlich geht der Beschreibung der einzelnen Therapieschritte jeweils die knappe Darstellung des Zieles voraus (s.u.).

Was die Therapie funktioneller Sexualstörungen leisten muß, begründen Arentewicz/Schmidt auf ihren ätiologischen Hypothesen:

- sie soll den Selbstverstärkermechanismus auflösen;
- sie soll sexuelle Lerndefizite beheben;
- sie soll die Bedeutung der sexuellen Störung für die Partnerbeziehung durchschaubar machen und die zugrundeliegenden Partnerkonflikte beheben, mildern oder die Sexualität aus dem Partnerkonflikt ausklammern, so daß er nicht mehr auf das Sexuelle übergreift und nicht mehr in diesem Bereich ausgetragen wird;
- sie soll die ursächlichen psychodynamischen Konflikte und Ängste aufarbeiten oder die Sexualität daraus ausklammern.

Korrigierende emotionale Erlebnisse lassen sich nach Auffassung der Autoren durch psychotherapeutische Veränderungen erreichen. Im Fall der funktionellen Sexualstörungen halten sie die Paartherapie für die am besten geeignete Therapieform; sie ist nach ihrer Meinung genügend flexibel, den formulierten Zielen individuell gerecht zu werden. Die korrigierenden emotionalen Erlebnisse werden in der Paartherapie erreicht durch Verhaltensanleitungen, durch die neue Erfahrungen provoziert werden und die das sexuelle Verhalten und Erleben beeinflussen.

Gestützt auf diese Hypothesen entwickeln die Autoren ein Therapiekonzept auf verhaltenstherapeutischer Grundlage, das die folgenden Schritte umfaßt: ("Der zeitliche Aufwand für die Bearbeitung der einzelnen Abschnitte soll sich an den inhaltlichen Kriterien orientieren, die für jeden Abschnitt angegeben sind," (S. 191)): 1. Indikationsgespräch; 2. Vorgespräch; (Diese beiden Punkte wurden bereits oben erwähnt); 3. Einzelexploration (hier führen die Autoren einen umfassenden Fragenkatalog an); 4. Besprechung der Explorationsergebnisse mit dem Paar; 5. Streicheln I; 6. Streicheln II; 7. Erkundendes Streicheln im Genitalbereich; 8. Stimulierendes Streicheln; 9. Einführen des Penis; 10. Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen; 11. Koitus in verschiedenen Stellungen; 12. Abschlußgespräch. Diese zwölf Punkte stellen das Grundprogramm für alle Paare dar. Sie sind im Anhang Arentewicz/Schmidts (12) Veröffentlichung als Therapiemanual

sehr ausführlich und systematisch erläutert und umfassen: "Ziele; Vorgehen; - bei Einheiten, bei denen es um Verhaltensanleitungen geht - Besprechung der Erfahrungen; weiteres Vorgehen; besondere Probleme; und Kriterien für die Beendigung des Abschnitts." (S. 195). Weiter stellen die Autoren zusätzliche Interventionen vor, die allerdings bei der Therapie von Erektionsstörungen nicht vorgesehen sind.

Generalisationsfördernde oder rezidivprophylaktische Methoden werden auch von Arentewicz/Schmidt nicht gesondert erwähnt oder besprochen. Andererseits finden sich bei Durchsicht des Textes einige Anhaltspunkte dafür, daß in die Therapiemethode generalisationsfördernde und rezidivprophylaktische Bestandteile integriert sind. So können z.B. die folgenden, als "Teilziele" (S. 194) formulierten Therapieziele als generalisationsfördernd und rezidivprophylaktisch interpretiert werden:

- 1) Abbau von Leistungsängsten, Versagensängsten und Vermeidungsverhalten
- 2) Aufhebung von Lerndefiziten
- 3) Förderung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten
- 4) Verbesserung der Kommunikation zwischen den Partnern

Diese "Teilziele werden im Rahmen des therapeutischen Konzepts nur für den Bereich der Sexualität direkt und systematisch bearbeitet. Sie sind aber auch für viele andere Bereiche einer Partnerschaft von Bedeutung. Es kann also indirekt, nämlich durch Generalisierung von Lerneffekten, zu einer allgemeinen Verbesserung der Beziehung kommen." (S. 195). Diese Verbesserung der Beziehung auf allen Ebenen ist prinzipiell als generalisationsfördernd und rezidivprophylaktisch anzusehen, ebenso das für den Therapiebeginn ausgesprochene Koitusverbot. In die gleiche Richtung wirkt auch die Reihenfolge der Therapieabschnitte, die den schrittweisen Abbau von die sexuelle Funktion behindernden Faktoren sowie die Einübung von die Sexualität begünstigenden Verhaltensweisen und Einstellungen fördert, und schließlich der Hinweis an das Paar, "nach der Therapie weiterhin regelmäßig sexuell zusammenzukommen und das Prinzip des "offenen Endes" anzuwenden: sie sollen sich in jedem Fall regelmäßig streicheln und dann sehen, wie weit sie gehen wollen und wozu sie Lust haben." (S. 263).

Die verschiedenen Therapie-settings wurden bereits erwähnt; die angewandte Methode war bei allen Settings die gleiche. Angaben zur durchschnittlichen Therapielänge sowie Anzahl und Länge der Sitzungen liegen vor. In der gesamten Stichprobe Arentewicz/Schmidts lag die Therapieabbrucherquote bei

17%, bei den erektionsgestörten Patienten mit 13% etwas niedriger. Die Autoren diskutieren die Dynamik der Therapieabbrüche; sie beobachteten bei Abbrechern "auffällig häufig" (S. 150) eine problematische Therapiemotivation, nicht bzw. schlecht geregelte Empfängnisverhütung und "äußere Störfaktoren" (S. 150) (wie Erkrankung von Kindern, Verschickung in Kuren, Urlaub etc.). Besonders häufig kam ein Ausagieren von Konflikten vor, worunter die Verfasser alle Handlungen verstehen, die "die Patienten miteinander, mit dem Therapeuten oder mit Dritten inszenieren, um dem erklärten Therapieziel entgegenzuarbeiten." (S. 151).

Bei der Beantwortung der Frage nach dem Gewinn, den Patienten aus einer abgebrochenen Therapie ziehen, entwickeln die Autoren eine Unterteilung in drei Gruppierungen unter den Abbrecherpaaren:

1) Paare, für welche die sexuelle Funktionsstörung die Rolle eines stabilisierenden Faktors in einem neurotischen Gleichgewicht zwischen den Partnern spielt. (Therapieverlauf mit massiven Widerständen der Patienten gegen Anleitungen; mit Vermeidungsverhalten);

2) Paare, bei denen die sexuelle Disharmonie das harmloseste und oberflächlichste Symptom darstellt, hinter dem sich weitere Konflikte mit großer Zündkraft verbergen. (Beide Partner richten ihre ganze Aufmerksamkeit auf die sexuelle Funktionsstörung und erliegen der Illusion, daß allein die Behebung der sexuellen Schwierigkeiten ihr gemeinsames Problem lösen wird. Solche Patienten bleiben der Therapie fern, wenn sie die Bedrohung erkennen, die ihnen aus der Beseitigung ihrer sexuellen Symptomatik erwachsen würde.);

3) Paare, denen die sexuelle Funktionsstörung zum einzigen Inhalt der Beziehung geworden ist. (Therapie kann hier Hilfe zur Trennung werden.).

Schließlich verweisen Arentewicz/Schmidt auf die noch wenig gesicherte Rolle der Therapeuten beim Zustandekommen von Therapieabbrüchen. Außerdem gehen sie kurz auf die Perspektive der Abbrecher ein.

Die gesamte Problematik der Therapieabbrüche wird übersichtlich dargestellt, es fehlen jedoch Schlüsse oder Vorschläge zum künftigen Vorgehen.

Eine unbehandelte Kontrollgruppe gab es in der vorliegenden Studie nicht; lediglich die unterschiedlichen Therapie settings wurden miteinander verglichen. Zwar erheben die Autoren Daten in den Voruntersuchungen V 1 (zwischen drei und zwölf Monate vor der Therapie) und V 2 (unmittelbar vor Therapiebeginn), doch wurden diese Daten nicht systematisch zur Kontrolle etwaiger Veränderungen der Symptomatik während der Wartezeit verwertet.

Behandlungsergebnisse einschließlich Katamnese sind ausführlich dokumentiert; die Autoren bedienen sich der oben genannten Meßinstrumente, die sie wegen der Übereinstimmenden Befunde bei vier Beurteilern (Therapeuten/unabhängige Fachleute/Patient/Partner) in verschiedenen Verfahren für gültig halten; die mit Hilfe der Meßinstrumente ermittelten Befunde erlauben ihrer Meinung nach "zumindest eine grobe Charakterisierung der therapeutischen Veränderungen" (S. 78).

In die Dokumentation der Ergebnisse sind nur die Therapiebeender (83% der Stichprobe) einbezogen worden; für die Diagnosegruppe Erektionsstörungen ergibt sich im Überblick folgendes Bild (detaillierte Angaben sind dem tabellarischen Teil der Veröffentlichung zu entnehmen):

- Sexuelle Funktion: Die Therapie bewirkte eine signifikante Zunahme der Erektionsfähigkeit beim Koitus bzw. Koitusversuch. 80% der Patienten bekommen fast immer oder immer eine Erektion, wenn sie mit ihrer Partnerin verkehren wollen (vor der Therapie: 25% bis 33%). Die Partnerinnen bestätigen dieses Ergebnis, die hergestellte Funktion spiegelt sich in der signifikant gesteigerten Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs wieder. Die Kriterien für Verbesserung sind den Tabellen zu entnehmen, sie sind hinreichend umschrieben.
- Sexualverhalten und Einstellung (gilt auch für andere sexuelle Funktionsstörungen): Neben der gesteigerten Koitusfrequenz und ihrer Zufriedenheit darüber geben Patient und Partner eine größere Anzahl von als befriedigend erlebten Koitus bzw. sexuellen Begegnungen an. Nach der Therapie sind Männer und Frauen liberaler in ihren Einstellungen, weniger geschlechtsrollenkonform, weniger romantizistisch - sie tendieren weniger dazu, Sexualität mit romantisch-illusorischen Vorstellungen zu verbrämen. "Die im Behandlungskonzept enthaltenen sexualideologischen Inhalte vermitteln sich also durch die Therapie" (S. 75).
- Sexuelles Erleben, Partnerschaft (gilt auch für andere sexuelle Funktionsstörungen): In der gesamten Stichprobe stuften sich ein Viertel der Paare nach der Therapie als 'etwas gebessert', 3/5 als 'sehr gebessert', 1/10 als völlig geheilt ein; bei den erektionsgestörten Patienten liegen diese Zahlen bei: 15% / 70% / 13%. Die Autoren verweisen zum einen auf die hohe Übereinstimmung bezgl. dieser Einschätzung zwischen Patient und Partner, zum andern auf den Unterschied zwischen dieser Selbstbeurteilung und den 'objektiv' erhobenen Behandlungsergebnissen. Sie folgern daraus, "daß die reale Verbesserung der Symptomatik oft hinter den großen Hoffnungen auf eine erfüllte Sexualität zurückbleibt; oder auch eine Scheu davor, sich

zugestehen, man habe überhaupt keine sexuellen Probleme mehr" (S. 75). Die Selbsteinschätzungen vieler Paare verdeutlichen eine Veränderung des sexuellen Erlebens: Patient und Partner genießen sexuelle Beziehungen mehr als vorher, freuen sich auf Sexualität und finden größere Befriedigung in ihr. "Ganz global halten rund vier Fünftel der Paare - Symptomträger wie Partner - ihre Partnerschaft nach der Therapie für besser, die Hälfte sogar als 'sehr viel besser'". "Die Atmosphäre ist affektionaler, die Kommunikation effektiver und Feindseligkeit abgebaut. 60 bis 70% können zärtlicher sein und über sexuelle Wünsche und Probleme besser reden; 40 bis 50% verspüren mehr Zuneigung füreinander, verbringen mehr Zeit miteinander, lösen auch nichtsexuelle Konflikte konstruktiver, sind weniger aggressiv zueinander. Auch diese Veränderungen registrieren Symptomträger und Partner in fast gleichem Ausmaß. Diagnosenabhängig ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede". (Bde. Zitate S. 76).

Um die Stabilität der Therapieergebnisse zu überprüfen, führten Arentewicz/Schmidt jeweils nach drei und zwölf Monaten sowie nach zweieinhalb Jahren nach Therapieende katamnestische Untersuchungen durch. Im Vergleich zu den baseline-Daten konnten sich danach in allen drei Zeitabschnitten die Therapieergebnisse im großen und ganzen halten. Geringe Abweichungen werden von den Autoren tabellarisch erfaßt und dargestellt sowie im Text diskutiert. Die Autoren besprechen in ihrer Studie weitere Ergebnisse der Untersuchung, auf die jedoch hier nicht näher eingegangen werden soll. Nur stichwortartig handelt es sich um:

- 1) Vergleich der Therapie settings (Die therapeutische Wirksamkeit wird als weitgehend vergleichbar beurteilt und veranlaßt die Autoren dazu, "im Regelfall" (S. 90) für den ökonomischeren Ansatz einer verteilten Therapie mit einem Therapeuten zu plädieren, allerdings unter der Voraussetzung, daß der Therapeut erfahren ist und eine ständige Supervisionsmöglichkeit hat. Außerdem sollte "in der Regel der Therapeut und der Symptomträger das gleiche Geschlecht haben"... (S. 94).)
- 2) Einfluß der sozialen Schicht (Kein Zusammenhang zwischen Schulbildung und Therapieergebnis; signifikant schlechter schneiden 69 Paare bei der Therapie ab, bei denen der Mann Beamter der unteren oder mittleren Laufbahn oder Angestellter in vergleichbarer Position ist, sowie Hausfrauen; zwischen Intelligenz - erfaßt mit Berufseignungstest - und Therapieerfolg besteht kein Zusammenhang.)
- 3) Psychische Befindlichkeit (Psychische Stabilisierung der männlichen und weiblichen Partner nach der Therapie.)

4) Begrenztheit des Therapieerfolges.

5) Trennungen.

Positive Nebenwirkungen der Therapie werden nicht ausdrücklich als solche beschrieben; jedoch lassen sich die oben genannten Verbesserungen der Partnerbeziehung im sexuellen, vor allem aber im nichtsexuellen Bereich ebenso als positive Nebenwirkungen interpretieren wie die Tatsache, daß bei insgesamt 34 Paaren, bei denen primäre Erektionsstörungen oder primärer Vaginismus bestanden, nach der Therapie die vorher nicht vorhandene Möglichkeit zur Fortpflanzung gegeben war.

Den negativen Nebenwirkungen schließlich räumen die Autoren einen gesonderten Abschnitt ein. Sie schätzen, daß sich bei ca. jedem fünften Paar solche unerwünschten Nebenwirkungen fanden und ordnen diese nach folgenden Gesichtspunkten:

- 1) Wechsel des Symptomträgers (Der zunächst symptomfreie Partner wird im Laufe der Behandlung und mit Besserung des Symptomträgers nun plötzlich seinerseits sexuell funktionsgestört)
- 2) Psychische Beeinträchtigungen (mit sehr unterschiedlichem Ausprägungsgrad; z.B. depressive Verstimmungen) bei Symptomträger oder Partner
- 3) Somatische und psychosomatische Beschwerden (die von den Autoren als unspezifisch, nicht im Sinne einer Symptomverschiebung eingestuft werden).

Obwohl Arentewicz/Schmidt zugestehen, daß durch "die Art der nachträglichen Datenerhebung eine statistische Auswertung nicht erlaubt und überhaupt methodisch fragwürdig ist," (S. 147), weisen sie darauf hin, daß unerwünschte Nebenwirkungen sich z.B. bei jenen Paaren häufen, für die die derzeitige Partnerschaft die erste längerdauernde Beziehung und meist auch die erste sexuelle Beziehung überhaupt ist. "Bei dauerhaftem Symptomträgerwechsel und bei anhaltenden depressiven Verstimmungen findet sich regelmäßig bei beiden Partnern eine ausgeprägte Trennungsangst, der sie sich nicht stellen können, weil der bloße Gedanke an Trennung schon bedrohlich ist. Die Bearbeitung und Beseitigung der Funktionsstörung mobilisiert die tief verwurzelte Angst, alleingelassen zu werden; die Beseitigung der Funktionsstörung wird als Gefahr, nicht als Erleichterung erlebt. Die Patienten nehmen daher lieber eine, wie auch immer geartete, Symptomatik als stabilisierende Klammer in Kauf." (S. 147).

Insgesamt berücksichtigen die Autoren fast alle im Kriterienkatalog der vorliegenden Arbeit aufgeführten Punkte.

In ihrer Studie widmen Arentewicz/Schmidt dem Thema "Paargruppen" ein gesondertes Kapitel (S. 168). Sie besprechen hier kurz therapeutisches Vorgehen sowie Ergebnisse und Erfahrungen von Gruppentherapien bei insgesamt 37 Paaren, davon sieben Gruppen wegen Orgasmusstörungen, zwei wegen vorzeitiger Ejakulation. Die Autoren betonen den Pilotstudien-Charakter dieser Gruppentherapieversuche; ihre Ergebnisse sind nicht ausreichend dokumentiert. Festzuhalten ist, daß sie die von ihnen durchgeführte Gruppentherapie für weniger erfolgreich halten als Einzelpaartherapien.

Es gibt einige andere Veröffentlichungen über Gruppentherapien, die ich an dieser Stelle besprechen möchte. Die Arbeiten unterscheiden sich hinsichtlich der Art der Gruppe: Es können Paargruppen sein, Gruppen mit nur männlichen Teilnehmern, Gruppen mit Teilnehmern beiderlei Geschlechts, sowie Gruppen, die hinsichtlich der sexuellen Symptomatik der Teilnehmer homogen oder heterogen sind. Gemeinsam ist diesen Arbeiten die von den Autoren mehr oder minder betonte Prämisse, daß die Gruppentherapie gegenüber Einzel- bzw. Paartherapien verschiedene Vorteile aufweisen (s. auch Zilbergeld (333)):

- Gruppentherapie ist ökonomischer (z.B. können die häufigen Informationsdefizite der Patienten bei großer Zeitersparnis für den/die Therapeuten behoben werden, wenn mehrere Patienten/Paare zu solchen Sitzungen zusammengefaßt werden).
- Es können partnerlose und solche Patienten, deren Partner zu einer Paartherapie nicht bereit ist, therapiert werden.
- Der Kontakt zu anderen Patienten in der Gruppe fördert die Konfrontation mit dem eigenen Problem bei gleichzeitig vorhandener Möglichkeit gegenseitiger Unterstützung, Ermutigung etc.
- Die Erfahrung der Patienten, mit ihren Problemen nicht vereinzelt zu sein, erleichtert ihre Situation.

Zilbergeld (330) führte Therapien in vier Gruppen mit jeweils sechs bis sieben partnerlosen Patienten und zwei Therapeuten durch; die Diagnose der teilnehmenden Patienten lautete entweder vorzeitige Ejakulation oder Erektionsstörung, jedoch macht der Autor keine Angabe über Befunderhebung, Symptomatik, Ätiologie oder Verteilung der Diagnose innerhalb der Gruppen. Die Patienten sind ungenügend beschrieben, ebenso die Meßinstrumente. Lediglich zu den Therapiezielen und zur Durchführung der Therapie macht Zilbergeld einige Ausführungen. Die Darstellung der Resultate ist wiederum sehr oberflächlich: ungefähr zwei Drittel der Patienten waren der Meinung,

daß sie ihre Ziele bei der Therapie erreicht hatten. Katamnestische Befragungen wurden scheinbar bei einem Teil der Patienten vorgenommen und ergaben ein Fortschreiten der in der Therapie erzielten Verbesserungen. Unter Zilbergelds Schlußfolgerungen ist hervorzuheben, daß er homogene gegenüber heterogenen Gruppen für schneller therapierbar hält sowie die Anwesenheit einer weiblichen Kotherapeutin für unbedingt wünschenswert ansieht.

Eine andere Untersuchung stammt von Leiblum (147), die eine Gruppe von sechs Paaren mit unterschiedlichen Funktionsstörungen therapierte. (Die Autorin ist im Gegensatz zu Zilbergeld (330) von der Überlegenheit heterogener über homogene Diagnosegruppen überzeugt, wenn es um die Zusammenstellung der Gruppe zur Therapie geht). Zwar untersuchte sie die Patienten vor und nach der Therapie mittels verschiedener Meßinstrumente und stellte signifikante Verbesserungen hinsichtlich Einstellungsänderung, Gebrauch spezifischer Techniken, Wissen und Kommunikation fest; insgesamt jedoch ist die von ihr behandelte Gruppe - vor allem in Bezug auf das Vorkommen von Erektionsstörungen, an denen nur einer der Männer litt - zu klein, als daß verallgemeinernde Schlußfolgerungen abgeleitet werden könnten.

Lobitz/Baker (164) behandelten drei primär und sechs sekundär erektionsgestörte Männer, davon fünf sekundär und einen primär erektionsgestörten Patienten gemeinsam in einer Gruppe, einen sekundär und zwei primär erektionsgestörte Patienten zusammen mit drei weiteren Männern mit Ejakulationsstörungen in einer zweiten Gruppe. Die Einschlusskriterien waren streng; die schließlich teilnehmenden Patienten sind hinsichtlich sozioökonomischer Daten leidlich beschrieben. Über die Diagnosestellung, Symptomatik und Ätiologie liegen keine Auskünfte vor. Die Ziele der Therapie waren: "1) enhancement of their (gemeint sind die Patienten - der Verf.) sense of adequacy and comfort with heterosexual relations and 2) development of self-control skills to facilitate the acquisition and maintenance of an erection sufficient to complete heterosexual intercourse." (S. 128). Diese Ziele versuchen die Autoren durch spezifische Eingriffe auf folgenden Gebieten bzw. bei folgenden Problemen zu erreichen: "sexual performance anxiety"; "inhibited communication with women"; "destructive attitudes about women's expectations"; "ignorance about human sexual response"; "insensitivity to physical sensations"; "impoverished sexual imagery." (S. 130 - 32). Ihre Resultate stützen die Autoren auf Vergleiche von

prä-, post-, und follow-up-Daten, die sie durch den Goals for Sex Therapy Questionnaire, den Thematic Apperception Test sowie Patientenangaben erhielten: Danach zeigten sechs von neun Patienten signifikante Verbesserungen bezüglich der Erektionsfähigkeit, die nach Lobitz/Baker (164) vor allem auf den Gebrauch von in vivo angewandten "coping strategies" (S. 133) und den Einsatz einer weiblichen Kotherapeutin zurückzuführen sind.

Die Versuchspersonen dienten als ihre eigene Kontrollgruppe, indem sie bis zu sechs Monaten auf der Warteliste standen und in dieser Zeit keine meßbare Änderung ihrer funktionellen Sexualstörung eintrat.

Schließlich räumen die Autoren ein, daß das beschriebene Vorgehen nur für die sekundär, nicht hingegen für die primär erektionsgestörten Patienten genügt: bei der Katamnese ergab sich nur bei einem der drei primär erektionsgestörten Männer eine Besserung der Symptomatik. Dieser Patient hatte eine zusätzliche Einzeltherapie wegen ausgeprägter Sozialangst erhalten.

Price et al. (227) konnten für ihre Studie auf 21 Patienten zurückgreifen, die alle an sekundären Erektionsstörungen litten. Die nach definierten Kriterien aufgenommenen Patienten mußten vor und nach der Therapie sowie sechs Wochen und nochmals sechs Monate nach Therapieende neun verschiedene (von den Autoren aufgeführte) Fragebögen bzw. Tests ausfüllen, die die baseline-Daten und - später - Vergleichsdaten lieferten. Danach wurden die Patienten zufällig zwei Therapiegruppen und einer Wartelistengruppe (= Kontrolle) zugeteilt.

Die Schwerpunkte der insgesamt acht wöchentlich stattfindenden, zweistündigen Therapiesitzungen werden tabellarisch dargestellt, ebenso die 'Hausaufgaben' (S. 257), die jeweils in der folgenden Sitzung besprochen wurden. Inhaltlich konzentrierte sich die Therapie - nach einem anfänglich ausgesprochenen Koitusverbot - zunächst darauf, bei den Patienten ein besseres Gefühl für den eigenen Körper sowie ein größeres Bewußtsein für als angenehm empfundene Reize zu entwickeln. Die nächsten Schritte waren "self-stimulation exercises in which they (gemeint sind die Patienten - der Verf.) began to learn that they could gain, lose, and then regain erections." (S.257). Weiterhin sollten die Patienten ihre Kommunikationsfähigkeit üben (dies wird nicht näher erläutert) und schließlich mußten alle Teilnehmer einen Plan zur Erhaltung des Therapieergebnisses erarbeiten, in dem es folgende Punkte zu berücksichtigen galt:

- 1) Das anfängliche Symptom, das den Patienten zur Therapie führte; 2) die speziellen Fähigkeiten, die der Patient in der Therapie zur Überwindung sei-

ner Probleme gelernt hatte; 3) mögliche, in Zukunft auftretende Probleme und Lösungswege dafür.

Die Autoren dokumentieren die Ergebnisse sehr ausführlich für jedes einzelne Meßinstrument zu den oben genannten Zeitpunkten. Insgesamt kommen sie zu dem Schluß, daß das angewandte Therapieverfahren sehr effektiv ist zur Veränderung sexueller Einstellungen. Dies wird den signifikant größeren Verbesserungen der zwei Therapiegruppen gegenüber der Kontrollgruppe bei Tests entnommen, die eine Vielzahl von Einstellungen und Verhaltensweisen messen, welche mit der Erektionsfunktion gekoppelt gesehen werden. So waren 64% der therapierten Patienten mit den Veränderungen hinsichtlich ihrer Erektionsfähigkeit zufrieden, während 100% der Wartelistenteilnehmer 'keine Veränderungen' angaben. Andererseits ergab sich jedoch für die Teilnehmer der zwei Therapiegruppen nur ein Abfall der angegebenen Häufigkeit von Erektionsstörungen von 64% vor der Therapie auf 47% sechs Monate nach Therapieabschluß. Dieses Ergebnis war, verglichen mit der Kontrollgruppe, gerade nicht signifikant. Die Autoren diskutieren diesen Punkt und gelangen zu der Auffassung, daß die Patienten die erworbenen Fähigkeiten, Einstellungs- und Verhaltensänderungen anscheinend nicht umsetzen konnten.

Die gleichen Autoren führten deshalb eine weitere Studie durch (Reynolds et al. (241)), in der besonderes Augenmerk auf Übungen zur sozialen Interaktion gerichtet und zusätzliche Rollenspiele mit weiblichen Gasttherapeuten in den Therapiegruppen abgehalten wurden. Im Übrigen glich das therapeutische Vorgehen, Meßinstrumente, Einschlußkriterien, Therapiekontrollen, Katamnese und Datenanalyse dem oben beschriebenen Verfahren; insgesamt nahmen allerdings nur elf - alle sekundär erektionsgestörte - Männer an dieser Studie teil, die zugleich auch als ihre eigene Kontrollgruppe fungierten (per sechswöchiger Wartezeit).

Im Ergebnis zeigte sich eine signifikante Verringerung in der Häufigkeit von Erektionsstörungen vor und ein Trend auf Verringerung in der Häufigkeit von Erektionsstörungen beim Geschlechtsverkehr.

Nach Abschluß der Katamnese zeigten sich 90% der Patienten mit den Veränderungen hinsichtlich ihrer Erektionsfähigkeit zufrieden.

In der Beurteilung einzelner Therapiekomponenten durch die Patienten standen die Items "Having both a female and a male therapist" und "The idea of having guest therapists for role-plays" (bde. Zitate S. 263) obenan. Die Autoren heben in ihrer Diskussion diese Punkte noch einmal hervor und unterstreichen die Wichtigkeit der Komponente 'soziale Fähigkeiten' ("social skills"; S. 193)

zum Gelingen der Therapie.

Everaerd (66) behandelte insgesamt 27 hetero- und homosexuelle Patienten, von denen nur 21 die Therapie beendeten. Die Diagnoseverteilung war wie folgt: primäre Erektionsstörung (n = 8); sekundäre Erektionsstörung (n = 3); primäre Ejaculatio praecox (n = 3); primäre Ejaculatio deficiens (n = 3); primäre Ejaculatio praecox plus sekundäre Erektionsstörung (n = 1); sekundäre Ejaculatio deficiens plus sekundäre Erektionsstörung (n = 1).

Die Patienten wurden nach Eingangs- und Anamneseinterviews, medizinischer Untersuchung und Funktionsanalyse ihres Beschwerdebildes auf fünf Gruppen mit je zwei Therapeuten aufgeteilt, die entweder einmal oder zweimal pro Woche insgesamt 18 bis 21 zweistündige Sitzungen abhielten. Therapieziele waren zum einen "to discover and learn the individual conditions for sexual excitement. This is taught in masturbation therapy. The second goal is to learn the social skills that enable achievement of the individual conditions for excitement in a sexual interaction." (S. 2).

Das therapeutische Vorgehen gliederte sich in drei Abschnitte:

etwa sechs Sitzungen lang wurde mit einer Version von RET (rational-emotive therapy; s. dazu: Ellis (63) und Ellis (64)) gearbeitet "in order to explicate and attack the approach behavior by which dysfunctional males avoid sexual feelings. RET was also believed to be helpful in overcoming fears of sexual failure and spectating." (S. 3). Darauf folgten ca. neun Sitzungen mit Übungen zur sensorischen Fokussierung sowie spezifischen Masturbationstechniken - je nach Diagnose.

Die letzten ca. drei Sitzungen schließlich waren dem Einüben von sozialen Fähigkeiten in sexuellen Situationen gewidmet.

Als Kontrolle diente hier die bestehende Dauer der Funktionsstörung vor Therapiebeginn (im Durchschnitt: sechs Jahre).

Als Meßinstrumente vor und nach der Therapie sowie zwei Monate nach Therapieabschluß wurden eingesetzt: a) Sexual Experience Scales; b) Willems Social Anxiety Scale; c) Bem Sex Role Inventory; zusätzlich wurde die sexuelle Funktion subjektiv beurteilt durch detaillierte Angaben der Patienten, besonders hinsichtlich eingetretener Veränderungen.

Die Resultate zeigten im Hinblick auf masturbatorische Funktionsstörungen bei 15 von 18 betroffenen Versuchspersonen Heilung; von den 21 Patienten berichteten nach Abschluß der Therapie acht über das Ausbleiben von Funktionsstörungen bei sexuellen Kontakten mit einem Partner, acht weitere hat-

ten keine sexuellen Kontakte, die verbleibenden fünf Teilnehmer blieben weiter funktionsgestört. Die Katamnese ergab im wesentlichen eine Stabilisierung der Therapieergebnisse. Eine nach Diagnose differenzierte Darstellung der Ergebnisse liegt nicht vor.

Albert (1) entwickelte ebenfalls eine Therapie für partnerlose Patienten. Unter den insgesamt 44 männlichen und weiblichen Teilnehmern, die die Therapie beendeten, befanden sich 29 primär und sekundär erektionsgestörte Männer. Obwohl Albert sein therapeutisches Vorgehen recht ausführlich beschreibt, ist die Studie insgesamt nur eine Sammlung von Fallgeschichten - vor allem in Bezug auf die Dokumentation der Ergebnisse - und wird deshalb hier lediglich erwähnt.

Chesney (36) entwickelte eine nach Masters/Johnson modifizierte, zweieinhalb-tägige Intensivtherapie für Paare, die sowohl aus Gruppen- wie Paar- und Einzelsitzungen besteht. In dem von ihm behandelten Patientenkollektiv befanden sich 19 Patienten mit sekundären Erektionsstörungen. Über Diagnosestellung, Symptomatik und Ätiologie macht der Autor keine Angaben. Die Patienten sind hinsichtlich sozioökonomischer Daten nur in der gesamten Stichprobe, d.h. mit den anderen Diagnosegruppen gemeinsam, erfaßt und beschrieben; Einschluß-/Ausschlußkriterien werden nicht genannt. Chesneys Zielkriterien sind nicht nur die Symptombeseitigung, sondern eine Veränderung der sexuellen Erwartungen und Einstellungen sowie der sexuellen und ehelichen Kommunikation. Sein therapeutisches Vorgehen ist nicht sehr detailliert beschrieben; ein Bestandteil ist die Anwendung des Sexual Interaction Inventory, des Sexual Communication Questionnaire und des Marital Communication Inventory sowohl vor wie nach der Therapie als auch zwei Monate nach Therapieende. Als Ergebnis gibt der Autor eine Symptomumkehr bei 73% sowie eine Besserung bei 27% der Patienten in der follow-up Untersuchung an. Beide Kriterien sind nicht definiert. Chesneys größeres Interesse galt den Datenanalysen und Ergebnissen auf den anderen drei Zielbereichen, die er alle gebessert vorfindet:

- " 1) There is a narrowing gap between actual and desired behaviors,
- 2) there is improved sexual communication and 3) there is improved marital communication" (S. 70). Diese Ergebnisse beziehen sich allerdings nur auf einen nicht näher genannten Teil der Gesamtstichprobe. Alles in allem hält der Autor die Kombination von Gruppen- mit Paartherapie in einem Intensivkurs für einen wirksamen therapeutischen Ansatz, der kostensparend ist.

Csillag (50) benutzte in seiner Studie akustisches und optisches Feedback bei sechs Patienten mit Erektionsstörungen und verglich die Ergebnisse mit denen von sechs freiwilligen, gesunden Männern.

Es fehlt eine genaue Darstellung der Diagnose, der Symptomatik, der Ätiologie; die Versuchspersonen sind kaum beschrieben.

Ziel der Untersuchung war eine Überprüfung der Hypothese, daß Patienten, die an nicht organisch bedingten Erektionsstörungen leiden, eine willentliche Kontrolle über ihr Erektionsverhalten haben.

Der technische Ablauf der Sitzungen wird kurz dargestellt, ebenso die Ergebnisse, die den Autor zu der Feststellung veranlassen, daß Feedbackmethoden dieser Art in Zukunft von klinischem Nutzen sein könnten.

Die vorliegende Arbeit Csillags entspricht nicht den geforderten methodischen Grundsätzen.

Reynolds (239) griff für seine Studie auf Untersuchungsergebnisse verschiedener Autoren zurück, die gezeigt hatten, daß gesunde Versuchspersonen aufgrund bestimmter Anweisungen, kontinuierlichen Biofeedbacks und/oder Verstärkung ihre Erektion willentlich beeinflussen konnten. Nachdem auch Therapieversuche mit Biofeedback bei erektionsgestörten Männern vorgenommen, aber widersprüchliche Resultate erzielt wurden (s. Reynolds (239), S. 102), untersuchte Reynolds drei verschiedene Settings, denen jeweils zehn Patienten zugeteilt wurden, und die unterschiedliche Formen von Biofeedback benutzten: Personen der ersten Gruppe erhielten kontinuierliches akustisches und optisches Feedback bei Veränderungen des Penisumfanges und bekamen nach einer festgelegten Umfangsvergrößerung einen Ausschnitt eines erotischen Films vorgeführt; die zweite Gruppe bekam unter den gleichen Bedingungen den Film vorgeführt, erhielt aber kein kontinuierliches Feedback; Männer der dritten Gruppe schließlich sahen ebenfalls die Filmausschnitte, allerdings unabhängig von Umfangsveränderungen des Penis.

Der Autor erwähnt Diagnosestellung, Symptomatik und Ätiologie nur am Rande, beschreibt die Patienten sehr oberflächlich, gibt das Therapieziel nicht ausdrücklich an. Die Darstellung des technischen Vorgehens bei Anwendung der drei verschiedenen Methoden ist dagegen sehr genau, die eingesetzten Meßinstrumente zur Datenerhebung vor und nach der Therapie sind genannt. Die Datenanalyse - ebenfalls dargelegt - ergab im Vergleich für keine der drei Versuchsgruppen einen Vorteil, weder nach Abschluß der Therapie noch einen Monat später in der follow-up Untersuchung.

Im Durchschnitt hatten sich alle Patienten 'leicht gebessert', zwei Drittel

berichteten "some improvement" (S. 110), nur sieben Patienten dagegen hielten ihre erektive Funktion für "considerably improved" bzw. "improved completely" (S. 110). Diese Kategorien werden von Reynolds nicht definiert. Der Autor kommt zu dem Ergebnis, daß ein spezifischer therapeutischer Wert von kontinuierlichem oder Sexfilm-Feedback zur Verbesserung der Erektionsfähigkeit nicht nachgewiesen werden konnte und das positive Ergebnis der gesamten Gruppe in Ermangelung einer Kontrollgruppe mit Zurückhaltung zu interpretieren sei.

Zuletzt möchte ich noch auf Helen Singer Kaplans Texte hinweisen ((114), (114 a), (114 b), (116), (116 a)), die im allgemeinen Teil bereits zur Sprache kamen und denen vor allem ätiologische Hypothesen entnommen wurden. Zwar können die Veröffentlichungen Kaplans nicht in den methodenkritischen Überblick miteinbezogen werden (das gilt auch für C III 2.5. und C III 3.5.), denn sie zielen nicht darauf ab, Therapieergebnisse zu dokumentieren, und den wenigen Aussagen und vorläufigen Schätzungen zum Abschneiden bestimmter Patientengruppen soll hier kein höherer Rang zukommen als dies bei der Autorin selbst der Fall ist. Aber ihr als 'new sex therapy' bezeichnetes Konzept einer Integration verhaltenstherapeutischer Übungen mit psychodynamisch orientierter Psychotherapie (Paar- und Individualtherapie) soll wenigstens erwähnt werden.

Die sehr ausführlichen Darstellungen zur Anatomie und Physiologie der sexuellen Reaktionen, vor allem aber die Überlegungen zur Ätiologie sowie die Kaplans Behandlungsansatz zugrundeliegenden Hypothesen haben viele Autoren in ihrer Arbeit beeinflusst und sind oft gewürdigt und besprochen worden (s.z.B. Sollod (290); Levay (151); Reynolds (238)).

Kaplan beschreibt ihr therapeutisches Vorgehen - mit etlichen Falldarstellungen - und vor allem die theoretischen Hintergründe dazu nicht nur umfangreicher und verständlicher, sondern auch einfühlsamer und bemühter als alle übrigen Autoren, deren Arbeiten hier besprochen wurden, mit Ausnahme von Masters/Johnson (187) und Arentewicz/Schmidt (12). Auf der ständigen Suche nach den Gründen für Therapieerfolge bei von ihr behandelten Patienten hat sie zuletzt das - oben bereits angesprochene - triphasische Konzept menschlicher Sexualität entworfen, mit dem sie die Diagnose und Ätiologie funktioneller Sexualstörungen genauer abklären zu können hofft, um dadurch das therapeutische Procedere dem Einzelfall anzupassen.

Ob dieses - in der Theorie durchdachte und flexible - Konzept in der Praxis das halten kann, was es in der Theorie verspricht, bleibt abzuwarten: Die

Autorin kündigte an (Kaplan, (116)), eine hinsichtlich Population, Auswahlkriterien, Methodik, Ergebnisdarstellung und Katamnese detaillierte Statistik zu jedem spezifischen Krankheitsbild unter den funktionellen Sexualstörungen vorzulegen. Da sie und ihre Gruppe zu diesem Zeitpunkt (1979) mit mehr als 1000 Patienten bereits ein Kollektiv behandelt hatte, das in der Größe dem von Masters/Johnson entsprach, ist unter der Voraussetzung methodischer Zulänglichkeit die Möglichkeit gegeben, nicht nur vom theoretischen Ansatz, sondern auch von der praktischen Umsetzung her den seit Masters/Johnson (187) wichtigsten Beitrag zur (Weiter)entwicklung der 'Sexualtherapie' präsentiert zu bekommen.

1.5.1. Bewertung

Die Bewertung des methodenkritischen Überblicks über psychotherapeutische Behandlungsmethoden bei Erektionsstörungen enthält eine Anzahl von Gesichtspunkten, die auch für die anderen, in der vorliegenden Arbeit besprochenen Therapien für funktionelle Sexualstörungen des Mannes zutreffen, nämlich für Ejaculatio praecox und Ejaculatio deficiens. Aus diesem Grund und weil - wie aus der Untersuchung ersichtlich ist - viele Autoren sich nicht auf die Darstellung von Therapieverfahren speziell für Erektionsstörungen beschränken, sondern das therapeutische Vorgehen gleichzeitig für andere funktionelle Sexualstörungen mitentwickeln, eine Kritik also für alle drei Bereiche ähnlich ausfallen wird, werde ich erst im Schlußteil genauer auf diese gemeinsamen Gesichtspunkte und Fragen eingehen.

Wenn zu Beginn des Abschnittes 1.5. die Rede davon war, durch Besprechung vieler Arbeiten einen Gesamteindruck von der Qualität der Methodik dieser Veröffentlichungen zu ermöglichen und eine breite Vergleichsbasis zu schaffen, so muß an dieser Stelle eingeräumt werden, daß günstigstenfalls das erste verwirklicht werden konnte, während eine Vergleichsbasis aus mehreren Gründen nicht entstehen konnte:

Zunächst bestehen schon hinsichtlich der Definition und der als zugehörig angesehenen Symptomatik uneinheitliche Auffassungen über Erektionsstörungen (bzw. sind die Krankheitsbilder nur mäßig, oft schlecht oder überhaupt nicht beschrieben); vor allem in den ätiopathogenetischen Hypothesen aber werden die unterschiedlichen Sichtweisen und voneinander abweichenden Darstellungen der Autoren deutlich. Nimmt man schließlich noch die eingesetzten diagnostischen Verfahren hinzu, ist vollends der Punkt erreicht, an dem keine Studie mehr einer zweiten gleicht. (Es gibt z.B. keine Arbeit, in der alle unter Punkt 1.4.1. aufgezählten Diagnostika eingesetzt wurden. Zwar ist dies angesichts der ungeheuren Vielfalt vor allem neuer Diagnosetechniken nicht verwunderlich, bezeichnet aber doch die widersprüchliche Situation.)

Ein weiterer Grund für die Unvergleichbarkeit der Studien miteinander ist die Tatsache, daß die eingesetzten Therapien äußerst selten hinreichend beschrieben sind. So stecken Unterschiede im therapeutischen Vorgehen möglicherweise oft gerade im nicht dargestellten Teil der Therapie und sind dort verantwortlich für ein unterschiedliches Abschneiden der Versuchspersonen in verschiedenen Untersuchungen, wo auf den ersten Blick gar keine Unterschiede im therapeutischen Vorgehen erkennbar sind. Fehlende Beachtung oder Dokumentation von Therapievariablen bei fast allen Autoren führt zu dieser Situa-

tion ebenso wie die häufig zu oberflächlichen Patientenvariablen, die im übrigen meist isoliert stehen bleiben und nicht in einen Zusammenhang mit anderen Variablen gebracht werden: selten erfährt man über die Patienten mehr als Familienstand, Religionszugehörigkeit, Alter, Schulbildung und Einkommensklasse. (So kommt es sogar zu widersprüchlichen Aussagen verschiedener Autoren über die Wirksamkeit ein und desselben Verfahrens.)

Bei einer Reihe von Untersuchungen stellt die Erprobung des therapeutischen Verfahrens für funktionelle Sexualstörungen nur ein Teilziel des Forschungsvorhabens dar oder das Augenmerk ist nur auf einen Teilaspekt der Therapie gerichtet. Nicht wenige Autoren erproben neue Therapievariablen und schränken ihre Untersuchungsergebnisse von vornherein als 'vorläufig' ein, wobei leider allzu oft durch fehlende Versuchsplanung bzw. -beschreibung der eigentliche Untersuchungsgegenstand oder in diesem Fall die Therapievariablen unklar bleiben.

Die sehr weit variiierende Stichprobengröße ist ein weiterer Punkt, in dem die untersuchten Studien sich drastisch unterscheiden. So läßt sich ein Patientenkollektiv von der Größe wie etwa bei Masters/Johnson (187) nicht gleichsetzen mit dem Kollektiv von z.B. Lobitz/LoPiccolo (162) oder Perreault (221); selbst bei gegebener identischer Beschreibung der Patientenvariablen und Versuchsgruppen wären systematische Beobachtungen am umfangreicheren Kollektiv gewichtiger zu werten als bei der zahlenmäßig kleineren Gruppe.

In anderen Fällen liegt in mehreren Studien jeweils die gleiche Therapie vor, die eingesetzten Meßinstrumente werden jedoch unterschiedlich gehandhabt bzw. es kommen jeweils andere Meßinstrumente zum Einsatz.

Das Meßinstrumentarium ist ein zentraler Punkt in der hier besprochenen Problematik: Die Validität und Reliabilität einiger Tests ist zwar von den Erstellern oder anderen Autoren geprüft worden, bei vielen Instrumenten liegen hingegen keine Angaben vor. Dies ist zum einen auf die noch sehr junge Entwicklung von Tests zur Messung psychosexueller Variablen zurückzuführen, zum anderen auf die existierende große Menge solcher Tests (Schiavi (254) nennt die über 50 von ihm zusammengefaßten und untersuchten Tests nur eine Auswahl), die wiederum in der Heterogenität des Patientenspektrums mit funktionellen Sexualstörungen begründet liegt: Um vielen Einzelfaktoren und -gruppen auf die Spur zu kommen bzw. gerecht zu werden, entstanden viele Tests mit ebenso vielen unterschiedlichen Schwerpunkten. Dies führt in

der Praxis zu einem so weitgestreuten Gebrauch von Meßinstrumenten, daß - abgesehen von einigen wenigen, die häufig benutzt werden - viele dieser Instrumente nur ein- oder zweimal zur Anwendung kamen - zumindest in den von mir untersuchten Veröffentlichungen, in denen im übrigen unter Dutzenden von eingesetzten Tests sich insgesamt nur sieben in Schiavis (254) Aufstellung finden ließen. Dies ist ein weiterer Hinweis auf die große Quantität der psychosexuellen Meßinstrumente; auch hierdurch verringert sich die Vergleichsmöglichkeit der Studien miteinander, vor allem im Hinblick auf die Ergebnisse, deren Grundlage in den meisten Fällen eben jene Messung mit den verschiedenen Instrumenten darstellt.

Wie bereits angedeutet, spezialisieren nur ganz wenige Untersucher ihre Therapie auf Erektionsstörungen. Die meisten Autoren entwickeln Behandlungsstrategien, die für alle funktionellen Sexualstörungen anwendbar sind. Dies schlägt sich auch in ihren Untersuchungen nieder, wo oft die einzelnen Diagnosegruppen nicht hinreichend kenntlich gemacht, zumindest nicht bezüglich der Ergebnisse differenziert werden.

Aus diesen Gründen entfällt nicht nur die Möglichkeit eines direkten Qualitätsvergleiches zwischen den in den Veröffentlichungen vorgestellten Therapieverfahren, sondern auch eine Antwort auf die Frage nach der Überlegenheit der einen oder anderen Schulrichtung bei der Behandlung von Erektionsstörungen. Im übrigen läßt sich nur in wenigen therapeutischen Ansätzen ein eindeutig reines, etwa verhaltenstherapeutisches oder psychodynamisches Vorgehen feststellen. Denn wie eine große Zahl von Untersuchern selbst meint, ist 'Sexualtherapie' heute eine 'integrierte' Therapieform, die Bestandteile der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse, der Gesprächspsychotherapie und zum Teil noch weitere psychotherapeutische Elemente (z.B. Kommunikationstherapie) in sich vereinigt. Einer der wichtigsten Gründe hierfür ist zweifelsohne die von vielen als Pioniertat gerühmte Arbeit von Masters/Johnson, die schon verschiedene Therapiekomponenten kombinierten und auf deren therapeutischen Ansatz die meisten Sexualtherapeuten heute zurückgreifen und lediglich das Verfahren zu modifizieren, zu verbessern, zu belegen und weiterzuentwickeln suchen. Eine Ausnahme davon bilden die vorgestellten Hypnoseversuche, Behandlungsansätze mit systematischer Desensibilisierung und ohne Partnerin, Biofeedback-Training; sie haben mit dem Masters/Johnson-Vorgehen nichts gemein.

Betrachtet man rückblickend den Abschnitt C III 1.5., so läßt sich ein Vergleich zwischen den untersuchten Arbeiten nur hinsichtlich der Sorgfalt der

Autoren beim methodischen Vorgehen anstellen:

Am besten schneiden hier Arentewicz/Schmidt (12) ab, deren Studie sehr ausführlich belegt ist, die aber ohne Kontrollgruppe arbeiteten.

Levine (156), Kockott et al. (131), Auerbach/Kilman (13), Obler (213), eventuell noch Price et al. (227), Reynolds et al. (241) und Everaerd (66) legen Studien vor, die noch annähernd die methodischen Anforderungen berücksichtigen, wenn auch im Ganzen klar unzureichend. Methodisch insgesamt nicht besser als jene Arbeiten ist die Untersuchung von Masters/Johnson, deren Stärke vor allem in ihrem großen Patientenkollektiv liegt. (Einzelheiten siehe Text und Tabelle 3).

Die Ergebnisse aller hier untersuchten Studien sollten nur unter den gemachten Vorbehalten gesehen und mit Vorsicht interpretiert und benutzt werden.

2. Ejaculatio praecox

2.1. Definition

Die Definition der Ejaculatio praecox (= EP oder VE für vorzeitige Ejaculation) ist problematisch - darauf weisen Kilman (127) und LoPiccolo (166) in ihren Übersichten hin.

Zunächst bedeutet dieser Begriff, daß die Ejakulation sehr schnell erfolgt, entweder vor, beim, oder unmittelbar nach dem Einführen des Penis in die Scheide (Arentewicz/Schmidt, (12)). Symptomatologisch spricht Sigusch (285) dann von einer EP, "wenn a) der Ejakulationsablauf willkürlich völlig unkontrollierbar ist oder vom Mann so erlebt wird und/oder b) die Partnerin eindeutig aufgrund der herabgesetzten bzw. fehlenden Ejakulationskontrolle des Mannes bei eigener unauffälliger sexueller Reagibilität und speziell Orgasmusfähigkeit keine Möglichkeit hat, durch koitale oder quasikoitale Praktiken den sexuellen Höhepunkt zu erreichen." (S. 24).

Die Abwesenheit einer willkürlichen Kontrolle über den Zeitpunkt des Ejakulationsreflexes wird auch von anderen Autoren heute als wesentliches Definitionskriterium gebraucht (z.B. Kaplan (114); Stanley (295)), da alle Versuche, etwa durch zeitliche Grenzen, die Anzahl von ausgeführten Stößen oder - wie von Masters/Johnson (187) oder David (51) definiert - die Prozentzahl der Koitusversuche, bei denen die Frau nicht zum Orgasmus kommen konnte, die 'Vorzeitigkeit' des Samenergusses zu quantifizieren, zu kurz greifen oder zu mechanistisch sind. Auch Perelman (219) und Golden (97) nennen EP die Unfähigkeit des Mannes, den Orgasmus hinauszuzögern, ganz gleich ob eine oder mehrere Minuten, und begründen sie mit einem nicht gelernten Unterscheidungsvermögen für verschiedene Ebenen sexueller Erregung. Diese - schon zur Ätiopathogenese Überleitende - Auffassung wird von Kaplan (115) bestätigt, die annimmt, Männer mit EP seien unfähig, hohe Grade sexueller Erregung zu tolerieren.

Der Begriff der EP wird normalerweise angewandt, wenn vom Samenerguß beim Koitus die Rede ist, nicht aber bei der Masturbation.

2.2. Symptomatik

Mit dem unter 2.1. dargestellten Überblick ist das Wesentliche zur Symptomatik der EP bereits gesagt. Die klinischen Erscheinungsbilder der EP sind vielfältig und variabel, entsprechend dem variablen Zeitpunkt der 'Vorzeitigkeit' des Samenergusses.

2.3. Ätiopathogenese

Hier gilt zunächst uneingeschränkt das unter C III 1.3. Gesagte; ich verzichte darauf, nochmals auf die dort bereits besprochenen Gesichtspunkte einzugehen.

Die schon in 2.1. festgestellte Unfähigkeit des Mannes zur willentlichen Beeinflussung des Zeitpunktes seiner Ejakulation gehört ganz wesentlich an diese Stelle. Darüberhinaus gibt es keine konkreten Vorstellungen über die Ätiologie, sondern nur die assoziativen Gebilde, die unterschiedlichste Faktoren mit EP zusammenbringen:

so weist etwa Levine (154) darauf hin, daß innerhalb der Partnerschaft ein vorzeitiger Samenerguß nicht selten eine primäre funktionelle Sexualstörung der Frau maskiert; Williams (322) beschreibt einen Fall von EP, die durch angst- und schuldauslösende Gefühle beim Mann zustande gekommen war, welche sich auf eine zuvor durchgemachte Samensensibilität der Frau begründeten. Ängste und Konflikte stehen psychopathologisch bei der Entstehung der EP im Vordergrund (Sigusch (285)); dies wird in einer kontrollierten Studie Munjacks (208) bestätigt, die Männer mit EP signifikant ängstlicher und depressiver zeigt sowie bei ihnen mehr Hinweise auf eine allgemeine Psychopathologie liefert als bei einer gesunden Vergleichsgruppe oder bei Patienten "screened for significant psychopathology, marital affairs, etc." (S. 783).

Masters/Johnson (187) halten eine Reihe von Schlüssel-situationen für mitauslösend - etwa den Geschlechtsverkehr mit Prostituierten oder auf dem Auto rückwärts; Petting in bekleidetem Zustand mit dem einzigen Ziel der Herbeiführung eines Orgasmus des Mannes; Coitus interruptus usw.

Inwieweit somatische Faktoren eine Rolle spielen beim Zustandekommen einer EP ist ungeklärt. Man geht normalerweise von einer Psychogenese aus, sollte aber Krankheiten, in deren Gefolge ein vorzeitiger Samenerguß sekundär auf-

treten könnte, ausschließen (Perelman (219)).

Pirke et al. (224) fanden keine signifikant unterschiedlichen LH- oder Testosteronspiegel im Blut von Männern mit EP im Vergleich zu Normalgruppen.

Sigusch (285) schließlich verweist auf die - nicht nur historisch - interessante Tatsache, "daß das 'vorzeitige' Ejakulieren offenbar erstmals in diesem Jahrhundert medizinrelevant wurde. Möglicherweise konnte es erst aufgrund bestimmter soziokultureller Veränderungen (partielle Resexualisierung der Frau, andere Anforderungen an die "männliche" Sexualität usw.) massenhaft als Störung imponieren und erlebt werden" (S. 26).

2.4. Medizinischer Behandlungsansatz

Gemäß einer zweifelhaften echten somatischen Genese für EP ergibt die Literaturdurchsicht bezüglich des medizinischen Behandlungsansatzes für EP wenig.

2.4.1. Diagnostik

Diagnostische Verfahren zur Abgrenzung von fraglich somatisch verursachten gegen psychogen verursachte EP lassen sich kaum finden. Vignoli (301) stellt ein elektrophysiologisches Verfahren vor, mit dessen Hilfe durch Aufzeichnung eines Reiz-Antwort-Schemas im M. bulbocavernosus und im Analsphincter gesunde Personen von Männern mit EP unterschieden werden können. Weder dieses noch irgendein anderes nicht-psychologisches Diagnostikum wurde jedoch von den Autoren angewandt, deren Studien ich im folgenden besprechen werde.

2.4.2. Behandlungsmethoden

Sigusch (285) berichtet von oft vorgenommenen und empfohlenen Therapieversuchen mit Medikamenten, wobei vor allem Psychopharmaka - Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquillanzien -, Sedativa und Hormone, aber auch Lokalanästhetika, Antihypertonika und Aphrodisiaka eine Rolle spielen. Er sieht jedoch lediglich die Anwendung von Thioridazin (Melleril®) und dem Gestagen Chlor-

madinonacetat, die beide den Ejakulationsvorgang hemmen können, als zu rechtfertigende Therapiemöglichkeit, wenn auch als ultima ratio.

Auf Krauses (141) Überblick über pharmakologische Sexualtherapie wurde schon in C III 1.4.2. hingewiesen.

Kraft (136) setzte bei zwei Patienten mit EP das Barbiturat Methohexital-Natrium ein "as a method of relaxation" (S. 351) während gleichzeitiger systematischer Desensibilisierung.

Goodman (98) führte eine kontrollierte Studie zur Überprüfung der Wirksamkeit von Clomipramin bei EP durch und kommt zu der Auffassung, daß diese Substanz zumindest bei einigen Männern wirksam ist.

Jüngere Veröffentlichungen über medizinische Behandlungsansätze bei EP liegen meines Wissens nicht vor.

2.5. Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Vorab möchte ich auf die Studien eingehen, die bereits in C. III 1.5. bei der Darstellung psychotherapeutischer Behandlungsansätze bei Erektionsstörungen besprochen wurden. Es handelt sich hier - wie oben ausgeführt - um Studien, in denen sich das Patientenkollektiv aus Trägern verschiedener sexueller Symptome zusammensetzt. Diese Studien werden hier nur soweit Beachtung finden bzw. erneut besprochen werden, wie sie der Wichtigkeit für diesen Abschnitt der Arbeit entsprechen. Wo möglich, werde ich zur Verkürzung des Verfahrens auf schon im Abschnitt C. III 1.5. dargestellte Gesichtspunkte der Studien verweisen, etwa allgemeines anamnestisches und therapeutisches Vorgehen oder Fragen der Therapiekontrolle.

Im einzelnen handelt es sich um folgende Arbeiten:

Albert (1) behandelte in seinem 44 Patienten umfassenden Kollektiv auch fünf Patienten mit EP, aber die Ergebnisse lassen keine verallgemeinernden Aussagen zu. Die Dokumentation ist unsystematisch, der Bericht anekdotenhaft.

O'Connor (215) berichtet (s. auch C III 1.5.) über Behandlung von zwanzig Patienten mit EP, von denen fünfzehn als 'gebessert' entlassen werden. Auf die methodischen Mängel dieser Studie wurde bereits oben hingewiesen.

Cooper (41) behandelte unter insgesamt 54 Patienten zehn Männer mit EP. Der Autor diskutiert auch zu diesem Krankheitsbild ausführlich seine ätiologischen Überlegungen, die allerdings nur zum Teil therapeutische Konsequenzen haben. Das therapeutische Vorgehen entspricht in den Punkten progressive Muskelentspannung, Sexualerziehung und 'Psychotherapie' dem Vorgehen bei Erektionsstörungen; statt Herstellung einer optimalen "sexual environment" (ebd., S. 725) findet die Stop-Start-Technik nach Semans (276) Anwendung, bei der die Partnerin den Penis bis zu einem vom Patienten als kurz vor der Ejakulation empfundenen Zeitpunkt stimuliert, dann die Stimulation unterbricht. Nach einer Pause beginnt die Stimulation aufs Neue, bis der Patient abermals kurz vor der Ejakulation der Partnerin zu verstehen gibt, die Stimulation zu unterbrechen. Nach Semans (276) soll durch wiederholte Anwendung dieser Technik der Eintritt des Samenergusses beliebig hinausgezögert werden können.

Die Ergebnisse für die zehn Patienten gibt Cooper (41) mit nur einem 'geheilten/gebesserten', hingegen neun 'unveränderten/verschlechterten' Patienten an. Hinsichtlich der übrigen Aspekte der Studie s. unter C III 1.5.

Nur erwähnen möchte ich den schlecht dokumentierten Versuch Friedmans (85), mit Hilfe einer durch Methohexital-Natrium induzierten Entspannung sechs Patienten durch Systematische Desensibilisierung von ihrer EP zu heilen, was er bei drei Patienten erreicht zu haben angibt.

Für Masters/Johnson (187) liegt bei solchen Männern eine EP vor, bei deren sexuellen Kontakte die Partnerin in weniger als 50% der Fälle sexuell befriedigt wird - unter der Voraussetzung, daß die Partnerin nicht aus anderen Gründen orgasmusunfähig ist. Die Autoren behandelten insgesamt 186 Symptomträger, die hinsichtlich Patientenvariablen so beschrieben sind wie unter C III 1.5. ausgeführt. (Das gleiche trifft zu für die Punkte Diagnose, Ein- und Aus-schlußkriterien, Zeit vor der Therapie, Meßinstrumente, Kontrollgruppe, Therapiekontrolle, Katamnese und Nebenwirkungen.)

Die Autoren gehen ausführlich auf die ihrer Meinung nach vorliegenden Umstände ein, die zur Entwicklung des Symptoms geführt haben - Einübung einer schnellen Ejakulation durch Prostituiertenbesuche und sexuelle Kontakte in halbprivaten Situationen bei ständiger Angst, Überrascht zu werden, Coitus interruptus als Verhütungsmethode usw. - und beschreiben die Symptomatik.

Das therapeutische Vorgehen besteht - s. C III 1.5. - aus zwei Abschnitten: Nach Durchlaufen des ersten Teils wird im zweiten Abschnitt die Therapie speziell auf die Symptomatik zugeschnitten und besteht im wesentlichen aus Stimulationsübungen der sogenannten squeeze-Technik, bei denen die Frau den Penis des vor ihr auf dem Rücken liegenden Mannes zunächst solange stimuliert, bis sich bei ihm der Drang zur Ejakulation bemerkbar macht. Dann soll die Frau, ihren Daumen auf dem Frenulum an der ventralen Penisseite und Zeige- und Mittelfinger auf der dorsalen Penisseite, durch drei- bis vier Sekunden lang andauerndes Drücken diesen Drang aufheben. 15 bis 30 Sekunden nach Beendigung der squeeze-Technik kann erneut mit der Stimulation begonnen werden. Dieser Wechsel zwischen Stimulation und Druckanwendung kann 15 bis 20 Minuten lang einige Male durchgeführt werden und ermöglicht dem Mann nach einigen Übungssitzungen, einen Grad sexueller Erregung zu erreichen, "den er zum einen sicher bestimmen, zum anderen unbegrenzt aufrechterhalten kann, ohne ejakulieren zu müssen." (S. 95).

Der Abbau von Angst, das Gewinnen von Sicherheit und eine zunehmend verbesserte Kommunikation zwischen den Partnern ermöglichen nach zwei bis drei Tagen den nächsten Therapieschritt, der "in einer einfachen Immissio des Penis" (S.95) bei Hockstellung der Frau über dem auf dem Rücken liegenden Mann besteht, wobei die Frau sich nicht bewegen darf. Der Mann soll sich so daran gewöhnen kön-

nen, daß das Einführen des Penis nicht notwendigerweise eine Forderung nach Orgasmus bedeutet und so für ihn angsterregend wirkt. In dieser Position ist es für die Frau einfach, durch Anheben des Beckens den Penis aus der Vagina wieder zu befreien und die squeeze-Technik anzuwenden für den Fall, daß der Mann glaubt seine Ejakulation nicht länger aufhalten zu können. Durch Wiederholung dieser Übungen und mit allmählich beginnenden Beckenbewegungen der Frau bei zunehmend wachsender Kontrollfähigkeit des Mannes können die sexuellen Spannungen, "die sich aufgrund der physischen Reaktionen und des wachsenden Vertrauens der Partner in ihre Beziehung entwickelt haben, nach Wunsch freigesetzt und dann lustvoll erlebt werden" (S. 99) und ein Orgasmus ist jederzeit erreichbar.

Schließlich wird in der letzten Phase die seitliche Koitusstellung eingeübt, die dem Mann eine Unterbrechung der Beckenbewegungen erlaubt bei Aufrechterhaltung einer vollen Erektion, wodurch seine Partnerin auch weiterhin sexuelle Befriedigung erlangen kann.

Vor Abschluß der Therapie werden die Partner von den Therapeuten darauf hingewiesen, daß die Kontrolle über den Ejakulationsprozeß mindestens ein Jahr lang nicht ganz sicher sein wird und aus diesem Grund in den nächsten sechs Monaten einmal wöchentlich die Übungen der squeeze-Technik wiederholt werden sollten. Auch die Wichtigkeit regelmäßiger sexueller Kontakte wird unterstrichen; es wird klargestellt, daß der Mann nach längerer Trennung der Partner beim ersten Koitus wiederum frühzeitig ejakulieren kann und im folgenden die squeeze-Technik angewendet werden muß.

Einige der - speziell zuletzt - genannten Bestandteile des therapeutischen Vorgehens können als rezidivprophylaktisch und generalisationsfördernd gedeutet werden; besondere Vorschläge dieser Art machen die Autoren jedoch nicht.

Die Erfolgsrate der Behandlung direkt nach Therapieabschluß läßt sich, wie bei den Erektionsstörungen, wiederum nur aus der Mißerfolgsrate ablesen, die bei zwei Prozent lag. Erfolg war definiert als "adäquate Kontrollfähigkeit" (S.102), was einen Status beschreibt, bei dem die Partnerin in 50% der Koitus einen Orgasmus erreicht. Die Diskussion der Mißerfolge ist oberflächlich; Angaben über Meßinstrumente liegen auch hier nicht vor.

Die Katamnese entspricht qualitativ derjenigen der Erektionsstörungen (s.o.); sie ergibt eine Gesamtmiserfolgsrate von drei Prozent, die aber entsprechend den oben gemachten Bemerkungen und Ausführungen zu bewerten ist.

Schließlich gehen die Autoren noch auf eine mögliche Komplikation ein, die sich im Anschluß an die erlernte Kontrollfähigkeit der Ejakulation bei 23 von 186 Männern als sekundäre Impotenz entwickelte. Masters/Johnson (187) geben an, bei entsprechender Vorbereitung der Patienten auf die Möglichkeit einer derartigen

Komplikation kämen "die Partner mühelos über eine solche Phase sekundärer Impotenz hinweg" (S. 103). Nach Auffassung der Autoren läßt sich eine EP dauernd und vollständig beseitigen.

Die schon in C III 1.5. besprochenen Masters/Johnson-Modifikationen sollen - soweit über die dort gemachten Ausführungen hinaus speziell etwas zur Behandlung der EP enthalten ist - hier gleichfalls erwähnt werden. In den meisten Fällen gibt es außer den bloßen Zahlen jedoch der Besprechung in C III 1.5. nichts hinzuzufügen.

Lobitz/LoPiccolo (162) geben in allen sechs von ihnen behandelten Fällen von EP - sie benutzten ebenfalls die Squeeze-Methode - einen Therapieerfolg an, gemessen am gleichen Erfolgskriterium wie Masters/Johnson (187) (s.o.).

Lansky/Davenport (143) behandelten in ihrer Studie drei Paare, bei denen der Mann unter EP litt. Davon schloß ein Paar die Therapie mit einem Erfolg ab, bei einem zweiten Paar verschwand zwar das Symptom, aber die Frau entwickelte suizidale Tendenzen. Das dritte Paar blieb ohne Erfolg.

Blakeney (27) erreichte mit ihrer Intensiv-Therapie bei acht von siebzehn Patienten während und nach der Therapie eine Symptommkehr, acht weitere galten als gebessert, nur einer blieb unverändert.

David (51) meldet vier erfolgreiche Therapieabschlüsse bei fünf Patienten.

Kratochvil (139) behandelte dreizehn Männer mit EP, die nach Therapieende alle 'gebessert' sind; die follow-up Ergebnisse zeigen jedoch lediglich eine Erfolgsrate von 54%.

Perreault (221) führt in seiner Untersuchung auch zwei Patienten mit EP, gibt jedoch keine Ergebnisse für die speziellen Symptomgruppen an.

Aus Mathews (189) Studie geht nicht hervor, wieviele der insgesamt zwölf Patienten, die an "some degree of premature ejaculation" (S. 428) litten, die Therapie erfolgreich abschließen konnten.

Auch die hier wiedergegebenen Zahlen und Ergebnisse der Studie Arentewicz/Schmidts (12) stützen sich auf die Ausführungen in C III 1.5. Dort wurde bereits

das sogenannte Grundprogramm dargestellt, das zwölf Therapieabschnitte enthält. Für den Fall der EP - die "mechanistisch" (S. 14) als Ejakulation direkt nach dem Einführen des Penis in die Vagina definiert ist - modifizieren die Autoren die Abschnitte '8. Stimulierendes Streicheln' und '10. Koitus mit erkundenden und stimulierenden Bewegungen' (s.o.) dahingehend, daß besonderes Augenmerk auf die nach Stimulation des Penis durch die Frau bevorstehende Ejakulation gerichtet wird. Der Mann soll seine Körperreaktionen differenzierter wahrnehmen, den Zeitpunkt des Samenergusses weitgehend selbst bestimmen und Berührungen und genitale Stimulation ohne Angst vor Versagen genießen lernen. Dies geschieht durch Unterbrechung der Stimulation auf Handzeichen des Mannes.

Bei der Darstellung der Therapieergebnisse kommen die Autoren für die Zahl von 26 Therapiebeendern zu einer signifikanten Zunahme der Ejakulationskontrolle; bei 80% wird die Ejakulation als 'normal' (gegenüber vorzeitig) im Vergleich zu den baseline-Daten vor Therapiebeginn beschrieben, wobei 'normal' einer Häufigkeit der EP von 1. 39% "nie" sowie 2. 39% "selten (- 25%)" (S. 110, Tab. 18) entspricht - nach Beurteilung durch unabhängige Untersucher.

Auch in der Einschätzung der Patienten und Partnerinnen selbst gelingt die Bestimmung des Zeitpunktes des Samenergusses in durchschnittlich 80% besser als vor der Therapie. Der Anteil der Männer, die immer eine EP haben, ging von 80% vor auf 10% nach der Therapie zurück. Für Veränderungen im Bereich der Einstellungen zur Sexualität, des sexuellen Verhaltens und Erlebens sowie der Partnerschaft gilt das in C III 1.5. Gesagte.

Im Hinblick auf die Stabilität der Therapieergebnisse liegt die Zahl derjenigen Patienten, die sich nach Ablauf des ersten Jahres gegenüber dem Ergebnis bei Therapieende verschlechtert haben, bei den Patienten mit EP im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen höher; so geben nach einem Jahr nur noch 56% der Betroffenen an, daß die Kontrolle der Ejakulation besser ist als vor der Therapie, während dies direkt im Anschluß an die Therapie 86% waren. Die Autoren werten diesen Unterschied als signifikant. In der letzten follow-up-Untersuchung, zweieinhalb bis vier Jahre nach Therapieende, stellt sich keine signifikante Veränderung des Therapieergebnisses mehr ein.

Für die therapeutischen Ansätze in Gruppen berichtet Leiblum (147) über eine Behandlung von insgesamt sechs Paaren, unter denen sich zwei männliche Symptomträger mit EP befanden. Diese Stichprobenzahl läßt ebenso wie die drei Patienten mit EP in Everaerds (66) Studie keine Verallgemeinerung hinsichtlich der Wirksamkeit von Paargruppen- oder Männergruppentherapie speziell für EP zu.

Zilbergeld (330) führte zwar auch Patienten mit EP in seinen Männergruppen, dokumentiert jedoch keine brauchbaren Ergebnisse.

Soweit der Überblick über Arbeiten, die schon als psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung von Erektionsstörungen in C III 1.5. besprochen wurden; sie werden - mit Ausnahme von Masters/Johnsons (187) und Arentwicz/Schmidts (12) Veröffentlichungen - nicht erneut tabellarisch im Vergleich zu anderen Studien (für EP siehe Tab. 4) dargestellt, da sich gegenüber Tabelle 3 keinerlei Unterschiede hinsichtlich der Erfüllung der Punkte des Kriterienkataloges ergeben würden.

Zwei Falldarstellungen stammen von Ince (111) und DeShazer (54):

Ince (111) berichtet über die Behandlung eines Patienten mit EP durch "a variety of procedures, including systematic desensitization, thought stoppage, and masturbation prior to intercourse." (S. 451). Das Therapieergebnis wird als Erfolg angegeben. Die Darstellung ist jedoch insgesamt methodisch ebenso unzulänglich wie die DeShazers (54), der einen Patienten durch Hypnose mittels einer Kristallkugel von seiner EP befreit zu haben angibt.

Cooper (44) verfolgte in seiner Studie nicht nur das Ziel, die Wirksamkeit seiner Therapie bei EP zu prüfen, sondern wollte zugleich ätiologische Hypothesen sowie ein Klassifikationschema für EP erstellen. Der Autor definierte die Ejakulation als vorzeitig, wenn sie vor oder unmittelbar nach dem Einführen des Penis in die Vagina erfolgt. Er teilte die insgesamt 30 Patienten seiner Untersuchung drei verschiedenen Gruppen zu, die hinsichtlich Diagnose, Symptomatik und Ätiologie voneinander abwichen: (wie diese Unterschiede herausgearbeitet wurden, erfährt der Leser nicht):

1. "Premature ejaculation with good erections, present since adolescence";
2. "Acute onset premature ejaculation with erectional insufficiency";
3. "Premature ejaculation with insidious onset impotence or impotentia ejaculandi" (alle Zit. ebd., S. 286/288).

Die bestehenden Unterschiede werden vom Autor erläutert.

Eine weitergehende Beschreibung der Patienten fehlt, ebenso die Einschluß-/Ausschlußkriterien. Das erklärte Therapieziel, die Beseitigung psychologischer Faktoren "that the therapist judged might be contributing to the prematurity" (S. 294) sollte durch eine individuell angepaßte Mischung von fünf Therapieprinzi-

prien erreicht werden: Muskelentspannungsübungen (vor allem Gruppe 1 und 2); extravaginale Stimulation nach Semans (276) (vor allem Gruppe 1 und 2); Sexualerziehung (vor allem Gruppe 2); Bereitstellung erotischen Lesematerials zur besonderen Stimulation (vor allem Gruppe 3); Psychotherapie mit Betonung auf Erklärung, Anleitung, Erziehung, Unterstützung sowie Entwicklung und Aufrechterhaltung von Motivation.

Die Darstellung der Inhalte der Therapie ist dürftig, vor allem der vom Autor betonte individuelle Zuschnitt bleibt unklar; formal handelt es sich um mindestens zwanzig 14-tägig stattfindende Sitzungen.

43% der Patienten gelten am Therapieende - gemessen an dem Kriterium, daß der Samenerguß beim Koitus mindestens doppelt solange hinausgezögert werden kann wie bei Therapiebeginn - als gebessert, 50% als unverändert, 7% als verschlechtert. Im Vergleich untereinander erzielten Patienten der Gruppe 2 statistisch signifikant bessere Ergebnisse als Patienten der Gruppe 1. Alle übrigen Gruppenunterschiede waren nicht signifikant; die Dokumentation der Ergebnisse ist spärlich, eine Katamnese fehlt, ebenso die Angabe von Meßinstrumenten.

Neben den bisher erwähnten Therapieansätzen sowie allgemeinen, zusammenfassenden Überblicken wie etwa Perelmans (219), die das therapeutische Vorgehen verschiedener Autoren - vor allem Masters/Johnsons (187) und Kaplans (114) - (116a) - in aller Breite darstellen, oder Anleitungen zur Selbsttherapie in Buchform (z.B. Zilbergeld (331)) existieren vorwiegend Untersuchungen zur Einsatzmöglichkeit von gruppentherapeutischen Verfahren bei der Behandlung von EP. Ökonomischer Einsatz therapeutischer Mittel ist dabei die oberste Devise.

So beschreibt z.B. Kaplan (115) eine Pilotstudie, in der vier Paare, bei denen der Mann an EP litt, als Gruppe behandelt wurden (zu ihrer Definition von EP siehe oben C III 2.1.). Die Autorin macht keine Angaben zur Diagnosestellung, erläutert aber ihre ätiologischen Hypothesen zum Krankheitsbild der EP, stellt die Symptomatik dar und legt das Therapieziel fest. Die Patienten sind jeweils in der Darstellung der teilnehmenden Paare beschrieben, Einschluß-/Ausschlußkriterien liegen vor.

Therapie und die ihr zugrundeliegende Hypothese entsprechen der ausführlichen Darstellung in Kaplan (114) (, welcher es ansonsten an Besprechung von methodischen Gesichtspunkten mangelt und die hier nur in dem gleichen Sinn wie in C III 1.5. erwähnt werden soll, nämlich als eine der hinsichtlich des Inhaltes zusammenhängenden und ausführlichsten Therapiebeschreibungen in der Literatur

Überhaupt, die jedoch auf formale und methodische Kriterien jeder Art verzichtet und deshalb hier unberücksichtigt bleibt). Kaplan (115) betont, daß der Gruppentherapie die gleichen Hypothesen in Bezug auf Pathogenese und Behandlungsverfahren zugrundeliegen wie der Paar-Einzeltherapie.

Die Gruppensitzungen - 45 Minuten lang, gewöhnlich zweimal wöchentlich, insgesamt sechs bis zwölf Male - dienen der Besprechung der Erfahrungen bei und mit den Übungen, die jedes Paar zuhause durchführen muß. Die Übungen beruhen auf dem Vorgehen von Semans (276) und werden von der Autorin dargestellt.

Eine Kontrollgruppe fehlt bei Kaplans Pilotstudie genauso wie Angaben zur Therapiekontrolle.

Die Dokumentation der Ergebnisse und der Katamnese ist unzureichend: in zwei Fällen wird ein Erfolg direkt am Therapieende nach sechs Sitzungen vermeldet, gemessen an dem Kriterium der willkürlichen Kontrolle des Mannes über den Ejakulationszeitpunkt. Die zwei anderen Männer erreichten dieses Stadium erst nach weiteren zwei Monaten. Laut follow-up-Untersuchung vier Monate nach Therapieende blieben die Therapieergebnisse stabil.

Auch McGovern (191) führte eine Gruppentherapie bei vier Paaren durch, bei denen drei der männlichen Partner an EP litten und zusätzlich alle vier Partnerinnen primär anorgastisch waren. Ohne näher auf Symptomatik oder Ätiopathogenese einzugehen, formuliert der Autor als Therapieziel "to change the orgasmic responses of the men and women" (S. 462). Die teilnehmenden Paare sind schlecht beschrieben, Einschuß-/Ausschußkriterien werden nicht angegeben. Das therapeutische Vorgehen - 15 jeweils dreistündige Sitzungen, davon die ersten 13 wöchentlich, die letzten beiden in größeren Zeitabständen - ist schlecht dargestellt.

Zur Therapiekontrolle setzte McGovern jeweils zwei Wochen vor, am Ende und sechs Monate nach Abschluß der Behandlung eine Reihe von Fragebögen ein: " a) a general background information form assessing current sexual attitudes and behaviors; b) the Sexual Interaction Inventory"; " c) the Locke-Wallace Marital Adjustment Test" (S. 461). Mittels dieser Instrumente sowie einem Vergleich der unterschiedlichen Dauer des Geschlechtsverkehrs vor und nach der Behandlung stellt der Autor eine Besserung der sexuellen Symptomatik und Zufriedenheit der Partner darüber sowie allgemein positive Veränderungen in der Beziehung fest, die sich auch in der follow-up-Untersuchung behaupten, wenn auch weniger deutlich; Aussagen über die Signifikanz dieser Ergebnisse fehlen.

McGovern diskutiert die Ergebnisse und Schwierigkeiten seiner Gruppentherapie und wirft die wichtige Frage auf, ob die am Therapieende beobachteten Einstel-

lungs- und Verhaltensänderungen mehr auf den Gruppenprozeß zurückzuführen sind als eine tatsächlich vollzogene Veränderung in der Beziehung zwischen den Partnern, da sich dieses Ergebnis in der follow-up-Untersuchung abgeschwächt hatte und möglicherweise nur ein nicht generalisierbarer Effekt der Therapiesitzungen war, der nach Therapieende aufgehoben ist.

Golden (97) vergleicht in seiner Studie zwei Therapieansätze, die sich nur hinsichtlich des Settings unterscheiden: zum einen wurden fünf Paare jeweils einzeln einer Therapie unterzogen, zum anderen wurden zwei Gruppen mit je fünf Paaren gemeinsam therapiert. In Bezug auf die Diagnose handelte es sich bei allen Paaren um Männer mit EP und Frauen mit sekundären Orgasmusstörungen. (Goldens Definition von EP s.o. in C III 2.1.) Die Auswahlkriterien sind angegeben; ebenso das Zuteilungsverfahren zu den verschiedenen Gruppen. Eine genaue Darstellung der Patientenvariablen fehlt, die Zielkriterien der Therapie werden nicht genannt.

Das therapeutische Vorgehen beschreibt Golden (97) nachvollziehbar; es ist - grob - unterteilt in die drei Abschnitte: sensorische Fokussierung - spezielle Übungen in sexuellen Techniken und Kommunikationsfähigkeit - Erhaltung des erreichten Therapieerfolges.

Formal läuft die Behandlung in zwölf je einmal wöchentlichen Sitzungen ab. Die Therapie ist formal und inhaltlich für alle Gruppen gleich. Zur Erhebung der baseline-Daten sowie zur Überprüfung der Ergebnisse und als Instrumente der follow-up-Untersuchung setzt der Autor das Sexual Interaction Inventory, den Background Information Questionnaire, Goals for Sexual Therapy, Marital Adjustment Questionnaire und MMPI ein. Die Datenanalyse wird für jeden Test einzeln sowohl am Therapieende wie auch in der follow-up-Untersuchung zwei Monate nach Therapieabschluß durchgeführt.

Zusammengefaßt ergibt sich, daß beide therapeutischen Ansätze sowohl in der Behandlung der EP als auch der Orgasmusstörungen wirksam waren, wobei die Gruppentherapie tendenziell noch bessere Ergebnisse aufwies, allerdings nicht auf Signifikanzniveau.

Obwohl der Autor auf die Schwächen seiner Studie hinweist - etwa die fehlende Kontrollgruppe, die kleine Patientenzahl und die nicht-zufällige Gruppenzuteilung - so ist diese Untersuchung insgesamt gesehen methodisch akzeptabel.

An anderer Stelle gewährt Price (226), eine Mitautorin Goldens (97), einen tieferen Einblick in Kontrollstrategie und therapeutisches Vorgehen und diskutiert dort auch die dem Gruppenprozeß zugrundeliegenden Hypothesen sowie sich daraus entwickelnde Probleme und Schlußfolgerungen; sie schafft damit zusätzliches Ver-

ständnis und die Voraussetzung für eine Überprüfung der Goldenschen Ergebnisse.

Zeiss (329) behandelte sechs Patienten mit EP in einer Männergruppe ohne Partnerinnen. Der Autor macht hinsichtlich der Diagnosestellung und Symptomatik der Patienten oberflächliche Angaben; Patientenvariablen, Ein- und Ausschlusskriterien und Zielkriterien fehlen.

Der therapeutische Ansatz baut auf Masters/Johnson (187) auf, allerdings geht aus dem Text nicht hervor, wo welche Modifikationen stattfanden.

Die Dokumentation der Ergebnisse ist, wenn auch vorhanden, unübersichtlich und es bleibt hier ebenso wie bei der Darstellung der follow-up-Untersuchung nach acht Monaten unklar, bei welchen Patienten welche Besserungen erzielt wurden. Als Meßinstrument diente der Marital Adjustment Test, die durch ihn festgestellten Veränderungen wurden allerdings nicht diskutiert oder erläutert.

Lowe (173) untersuchte, ob eine erfolgreiche Behandlung der EP - die er nicht definiert - allein durch Einsatz einer schriftlichen Therapieanleitung an das Paar möglich ist. Die zehn teilnehmenden Paare, alle mit hohem Bildungsgrad und freiwillige Versuchspersonen am Projekt, wurden zugelassen nach Erfüllung beschriebener Kriterien. Die Männer mußten einen Fragebogen ausfüllen, mit dem die Symptomatik abgeklärt werden sollte. Der Fragebogen diente zugleich als Meßinstrument des Therapieerfolges.

Diejenigen Paare, die nicht sofort das 80-seitige Therapiemanual ausgehändigt bekamen, fungierten für durchschnittlich drei Wochen als Kontrollgruppe auf der Warteliste. Nach Ablauf der Wartezeit wurden die Paare der Kontrollgruppe die zweite Experimentalgruppe.

Das Therapieprogramm war an Masters/Johnson (187) orientiert und wird nur stichpunktartig vorgestellt. Am Ende jedes beschriebenen Therapieschrittes sollen Fragen dem Paar dabei helfen, sein Fortkommen zu bewerten und zu entscheiden, ob ein Kapitel wiederholt werden muß oder zum nächsten Therapieabschnitt weitergegangen werden kann.

Die Einschätzung des erzielten Therapieerfolges richtete sich im wesentlichen nach der eingetretenen Verlängerung der Dauer des Geschlechtsverkehrs, die vor der Therapie durch die EP durchschnittlich bei 1.8 bzw. 1.4 Minuten lag, nach Abschluß der Therapie hingegen bei 37.2 bzw. 18.6 Minuten. Verglichen mit der Kontrollgruppe (keine Veränderung) waren diese Ergebnisse der zwei Versuchsgruppen signifikant.

Der Autor diskutiert die Vor- und Nachteile, vor allem offene Fragen seines The-

rapieansatzes und ist sich der Vorläufigkeit und Beschränktheit seines Ansatzes bewußt, meint aber, daß zumindest für ausgewählte Patientengruppen dieses Vorgehen gute Ergebnisse bringen kann.

Yulis (328) untersuchte, ob für die in der Therapie der EP erzielten Ergebnisse eine Generalisation eingetreten war. Vorausgegangen war eine Behandlung von 37 Paaren, bei denen der Mann unter EP litt. Diagnosestellung, Symptomatik, Ätiopathogenese, Patientenvariablen, Einschluß-/Ausschlußkriterien und therapeutisches Vorgehen sind in aller Kürze beschrieben.

Die Therapie bestand aus Modifikationen der Behandlungsformen von Masters/Johnson (187) und anderen Autoren; zusätzlich wurde für einige Patienten ein Selbstsicherheitstraining durchgeführt, das hauptsächlich aus Rollenspielen bestand und die soziale Interaktion der Patienten verbessern sollte.

Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt jedoch auf der Katamnese: während der sechs Monate nach Therapieende erreichten 33 (= 89%) der 37 Patienten eine "very satisfactory sexual relationship" (S. 356), wobei 'very satisfactory' definiert war als Ejakulationskontrolle in 80 - 100% der sexuellen Kontakte. Seine Aussagen zur Generalisation der erzielten Ergebnisse stützt Yulis (328) auf die Angaben von 23 der nachuntersuchten Männer, die jeweils über sexuelle Kontakte in zumindest einem Fall außerhalb ihrer bestehenden Partnerschaft berichteten. In einer Aufschlüsselung dieser 23 Patienten einmal nach einfacher Sexualtherapie (10 Patienten), zum andern nach Sexualtherapie kombiniert mit Selbstsicherheitstraining (13 Patienten) kommt der Autor zu dem statistisch signifikanten Ergebnis, daß bei denjenigen Männern, die zusätzlich zu ihrer Sexualtherapie ein Selbstsicherheitstraining erfuhren, in 84% eine erfolgreiche Generalisation eingetreten war, wobei Generalisation definiert war als "adequate performance of coitus with a nontreatment partner" (S. 355); unter den 10 nur per Sexualtherapie Behandelten ließ sich eine erfolgreiche Generalisation lediglich in drei Fällen feststellen.

Yulis leitet daraus ab, daß Maßnahmen zum Selbstsicherheitstraining unbedingt mit in die Therapie miteinbezogen werden sollten.

2.5.1. Bewertung

In der Bewertung des methodenkritischen Überblicks über psychotherapeutische Behandlungsmethoden sind zunächst all die Überlegungen zu unterstreichen, die schon in C III 1.5.1. die Unvergleichbarkeit der dort besprochenen Studien zeigen sollten. Auch für die Studien über psychotherapeutische Behandlungsansätze bei EP gilt, daß sie hinsichtlich der Hypothesen zur Ätiologie und zum therapeutischen Vorgehen die unterschiedlichen Ausgangspunkte der Untersucher deutlich werden lassen. Weiter bestehen auch hier unterschiedliche Forschungsschwerpunkte in den Studien, die zur Folge haben, daß das Augenmerk in der Berichterstattung auf eine bestimmte Fragestellung gerichtet ist und so zu einer Ansammlung kaum vergleichbarer Arbeiten in der Literatur führt. Ebenso führt auch hier die zu untersuchende Fragestellung auf die Sorgfalt zumindest der Berichterstattung, meist aber der gesamten Methodik ab.

Darüber hinaus treten bei der Besprechung der Behandlungsmethoden der EP noch einige spezielle Probleme auf:

das sicher herausragende Problem ist das der Definition des Begriffes Ejaculatio praecox. Wie schon aus C III 2.1. hervorgeht, gibt es eine Reihe von Beschreibungen dieses Diagnosebildes, die zum Teil ganz erheblich voneinander abweichen. Ganz offensichtlich tritt hier zu der Schwierigkeit, daß sich die Diagnose 'EP' nur auf Angaben der Patienten und eventuell der Partnerinnen stützt und kaum objektivierbar oder meßbar ist (es sei denn über Videoaufzeichnungen, die vielleicht in Zukunft eine größere Rolle spielen mögen), noch eine Dimension hinzu, die in der Soziogenese des Krankheitsbildes zu suchen ist. Wenn ein Samenerguß als vorzeitig erlebt wird, müssen dazu für die Partner bestimmte Maßstäbe vorhanden sein, die etwas über den 'richtigen' oder 'normalen' Zeitpunkt der Ejakulation aussagen. Hier kommen die oben diskutierten soziokulturellen Einflüsse auf das Sexualverhalten besonders zum Tragen.

An dieser Stelle ist nochmals an die Bemerkung Siguschs (283) zu erinnern, der feststellte, daß das vorzeitige Ejakulieren offenbar erstmals in diesem Jahrhundert medizinrelevant wurde und dies möglicherweise auf andere Anforderungen an die männliche Sexualität zurückzuführen ist.

Die in den von mir untersuchten Studien vorgefundene Vielfalt der Definitionen für EP besagt schließlich nichts anderes, als daß jeweils unterschiedliche Patientengruppen therapiert wurden, die - und seien die Nuancen auch gering - nicht miteinander verglichen werden können. Diese Heterogenität wird noch dadurch vergrößert, daß viele Autoren erst gar keine Begriffsbestimmung vornehmen, sich auch nicht etwa deutlich auf andere Autoren beziehen und sich deren Defini-

tion anschließen (was eine Möglichkeit wäre); und die die Symptomatik der Patienten so schlecht und ungenau beschreiben, daß auch der (Um)weg entfällt, über diese dargestellte Symptomatik zu einer Auffassung dessen zu gelangen, was die Autoren unter dem Begriff anscheinend verstehen.

Ein weiteres Manko der untersuchten Studien besteht - und zwar in noch stärkerem Ausmaß als bei den Studien zu Erektionsstörungen - in der geringen Stichprobengröße.

So läßt sich zusammenfassend sagen, daß unter den in C III 2.5. besprochenen Untersuchungen nur wenige waren, die neben einer minimalen Berücksichtigung methodischer Gesichtspunkte zusätzlich über eine mehr als zehn Personen zählende Stichprobengröße verfügten.

Allen Studien voran ist wiederum diejenige von Arentewicz/Schmidt (12) zu nennen, die sich zwar nur auf 26 Therapiebeender stützt, methodisch jedoch alle übrigen Untersuchungen bei weitem übertrifft. Hinlängliche Informationen zur Methodik geben noch Golden (97) und mit Einschränkungen Masters/Johnson (187) sowie Kaplan (115), jedoch beide mit großen Lücken. Alle übrigen hier untersuchten Studien sind methodisch unzureichend.

3. Ejaculatio deficiens

3.1. Definition

Ein Problem bei der Begriffsdefinition ergibt sich insofern vorab, als die Bezeichnung Ejaculatio deficiens (= ED) nur von wenigen Autoren benutzt wird. Es gibt insgesamt im deutschen und angloamerikanischen Sprachgebrauch eine große Zahl von Synonymen (Sigusch (285)), die allerdings uneinheitlich und oft gar nicht beschrieben sind. Ich stelle hier die gängigsten Definitionen vor und lege in 3.5. jeweils den Begriff und seine Definition zugrunde, wie er von den Autoren benutzt wird.

Apfelbaum (8), Newell (212), und Delmonte (52) bezeichnen 'retarded ejaculation' (= RE) als Schwierigkeit oder Unfähigkeit des Mannes, während des Geschlechtsverkehrs zu ejakulieren. Auch Sigusch (285) gebraucht diese Definition, allerdings für die beiden Begriffe ED und Ejaculatio retardata gemeinsam; eine ED liegt bei totalem Ausbleiben des Samenergusses vor, während unter Ejaculatio retardata ein nur unter großen Anstrengungen bzw. mit zeitlicher Verzögerung erreichbarer Samenerguss zu verstehen ist. Letzterer Begriff entspricht unter den vielen deutschen Synonyma am ehesten dem häufig benutzten angloamerikanischen Begriff retarded ejaculation (= RE).

Mann (181) und Munjack (209) fügen hinzu, daß das Krankheitsbild der RE trotz des Vorhandenseins adäquater sexueller Appetenz, Stimulation und Erektion auftritt.

Keinen Hinweis erhält man durch diese Definitionen aber z.B. auf die Umstände, unter denen eine ED auftritt. Shull (281) schlägt deshalb und zur genaueren Erfassung und Beschreibung der Diagnose ein Schema vor, in dem zum einen auf Kaplans (114) Einteilung der ED in vier Ausprägungsgrade zurückgegriffen - schwer, mäßig, leicht, sehr leicht; dies bezieht sich vor allem auf die Bedingungen, unter denen die Störung auftritt - und zusätzlich der Eintritt der Störung - primär, sekundär - sowie ihre Kontinuität - ständig, intermittierend - berücksichtigt werden. Weiter soll die Art der Aktivität (Koitus, Masturbation), Umgebung, Partner bzw. Objekt erfaßt werden, bei denen sich die Störung einstellt. Dies ermöglicht eine differenzierte Definitionsmöglichkeit, die Shull (281) für das therapeutische Vorgehen für wichtig erachtet. Ein solches Klassifikationsverfahren wird jedoch - dies sei bereits vorab bemerkt - von keinem der Autoren angewandt.

3.2. Symptomatik

Das unter 3.1. erwähnte Einteilungsschema erfaßt die verschiedenartige Ausprägung der ED:

nach Sigusch (285) ist es die psychogen verursachte ED, die abhängig von Praktik, Partner und Situation auftritt und hier jeweils unterschiedliche Schweregrade erreicht, von der totalen und globalen Unfähigkeit zur Ejakulation bis zur lediglich situativen, intermittierenden zeitlichen Verzögerung der Ejakulation (Apfelbaum (8)).

Die somatogen verursachte ED tritt laut Sigusch (285) dagegen unabhängig von äußeren Variablen auf, und zwar oft gekoppelt mit anderen sexuellen Funktionsstörungen.

3.3. Ätiopathogenese

Auch hier möchte ich vor allem wieder auf die Ausführungen in C III 1.3. verweisen. Denn dort wird bereits das Wesentliche zur Ätiopathogenese der funktionellen Sexualstörungen gesagt, was auch für die ED Gültigkeit hat. Ich bespreche deshalb hier nicht von Neuem alle mutmaßlichen, die ED mitverursachenden Faktoren - es handelt sich abermals um psychische Traumata, bewußt erlebte Ängste und Konflikte (starke religiöse Bindung, Angst vor Schwangerschaft, Versagensangst, Ablehnung der Partnerin) sowie eine Unzahl unbewußter Ängste und Konflikte und tiefgreifende Störungen der psychischen Entwicklung. Sie werden von Sigusch (285), Delmonte (52), Mann (181), Masters/Johnson (187), Ovesey/Meyers (216), Vogt (303), vor allem von Murnjack (209), Shull (281) und Kaplan (114) aufgezählt und beschrieben.

Es handelt sich dabei häufig um Wiedergaben oder Zusammenfassungen von ätiologischen Modellen anderer Autoren. Derartige Zusammenfassungen weisen naturgemäß viele Überschneidungen auf, nehmen inhaltlich kaum aufeinander Bezug und offenbaren letztlich die Unsicherheit der Autoren hinsichtlich der Ätiologie der ED. Nur selten finden gedankliche Bereicherungen statt wie etwa durch die Arbeit von Dow (60), die auf der Basis bisheriger Überlegungen neue Ansätze ins Spiel mit den Ätiologischen Hypothesen bringt: "the effects of positive reinforcement of ejaculation with self-masturbation are given more weight than the negative reinforcement of ejaculatory inhibition during coitus" (S. 50).

Neben den seelischen Ursachen können auch Medikamente eine ED auslösen: hier nennen Sigusch (285) und Munjack (209) in erster Linie Neuroleptika, Antidepressiva, Tranquillanzien, Antihypertonika, Sympatholytika, Östrogene und Androgene, deren Effekte aber reversibel sind.

Schließlich kommt eine Anzahl körperlicher Erkrankungen als Ursache in Frage: Läsionen der autonomen lumbosakralen Nervenplexus durch Operationen, neurologische, urologische und endokrinologische Erkrankungen (s. Sigusch (285), Shull (281), Munjack (209) und Kaplan (114)).

3.4. Medizinischer Behandlungsansatz

3.4.1. Diagnostik

Eine spezielle Diagnostik für einen etwaigen medizinischen Behandlungsansatz der ED wird in der von mir durchgesehenen Literatur nicht angegeben. Die Diagnostik beschränkt sich auf Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung. Eine Ejaculatio retrograda muß ausgeschlossen werden.

3.4.2. Behandlungsmethoden

Sigusch (285) gibt an, daß bei posttraumatischer, postinfektiöser und bei durch Mißbildung bedingter ED operative Methoden gelegentlich Erfolg haben können. Bei Endokrinopathien steht deren Behandlung im Vordergrund. Zahlreiche, von Sigusch (285) zitierte Untersuchungen über erfolgreiche Anwendung von Androgenen, Sympathotonika, Spasmolytika, Sedativa und Aphrodisiaka konnten seiner Auffassung nach kein einziges Mal belegt werden.

Schellen (250) wandte das Verfahren der Elektrovibration bei elf Patienten mit "nonorganic impotentia ejaculandi" (S. 566) an, allerdings lediglich mit dem Ziel, eine Ejakulation herbeizuführen und mit dem gewonnenen Samen die Frau des Patienten künstlich befruchten zu können. Das Verfahren war nicht ausgerichtet auf eine Übertragung des Behandlungsergebnisses auf Masturbation oder Geschlechtsverkehr.

Aus Vogta (303) Veröffentlichung geht das Therapieziel nicht genau hervor: er gibt Erfolg in acht von neun Fällen an ohne seine Erfolgskriterien zu nen-

nen; während bei diesen acht Patienten eine Ejakulation durch Elektrovibration glückte, ist unklar, ob der 'Erfolg' auch in allen Fällen auf Masturbation bzw. Geschlechtsverkehr übertragen werden konnte.

Newells (212) Fallbericht beschreibt hingegen eine Generalisation der durch Elektrovibration erstmals gelungenen Ejakulation auf den Geschlechtsverkehr. (Die Partnerin des von ihm so therapierten Patienten hatte zuvor eine Paartherapie nach Masters/Johnson abgebrochen.)

3.5. Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Wie in C III 2.5., so stelle ich auch bei der Besprechung psychotherapeutischer Behandlungsansätze der ED diejenigen Arbeiten voran, deren Methodik bereits in C III 1.5. ausführlich besprochen wurde und die hier vorausgesetzt wird.

Cooper (41) behandelte innerhalb seines 54 Personen umfassenden Gesamtkollektivs auch 13 Patienten mit "Impotentia ejaculandi" (S. 720); seine ätiologischen Hypothesen entsprechen denen der von ihm "insidious onset impotence" (S. 719) genannten Form der Erektionsstörungen, ebenso sein therapeutisches Vorgehen. Im - schlecht dokumentierten - Behandlungsergebnis schließen sechs Patienten als geheilt/gebessert ab, sieben Patienten bleiben unverändert bzw. sind verschlechtert.

Die ebenfalls oben erwähnte nachfolgende Studie Coopers (42) läßt hinsichtlich der einzelnen Diagnosegruppen - so auch der Gruppe der ED - noch weniger konkrete Aussagen zu. Die Gesamtbesserungs- bzw. -heilungsrate liegt mit 39% allerdings ähnlich hoch.

Masters/Johnson (187) behandelten insgesamt 17 Männer mit ED in elf Jahren. ED wird von ihnen nicht genau definiert; z.B. bleibt unklar, ob damit das Unvermögen des Mannes zu ejakulieren lediglich auf den Geschlechtsverkehr oder auch auf die Masturbation bezogen gemeint ist.

Die Autoren beschreiben wegen der geringen Fallzahl jeden einzelnen Patienten mehr oder weniger vollständig hinsichtlich der Diagnose, Symptomatik, hypothetischer Ätiologie seiner Störung sowie Sozialanamnese. Die ätiologischen Überlegungen sind noch einmal nach inhaltlichen Gesichtspunkten zusammengefaßt und ausführlich dargestellt. Auch das sexuelle Verhalten der Partnerinnen wird angegeben. Für alle übrigen, hier nicht angesprochenen Punkte gelten die Ausführungen zur Studie in C III 1.5.

Das therapeutische Vorgehen besteht wiederum zunächst aus dem Erlernen der sensorischen Fokussierung, sodann Stimulierung des Penis durch die Frau, wobei Feuchtigkeits-Crèmes oder -Gélees verwendet werden sollen, um eine Irritation des Penis zu vermeiden.

Der Mann ist angewiesen, seiner Partnerin "verbal oder nicht verbal erkennen zu geben, welche Stimulationspraktiken ihm besonders angenehm sind" (S. 116), denn in der ersten Phase der Therapie soll die Ejakulation durch manuelle Stimulation durch die Frau erreicht werden. Die Autoren betonen die herausragen-

de Wichtigkeit der Arbeit mit beiden Partnern bei der Therapie der ED, da hier von beiden Partnern besonders viele Mißverständnisse und Kommunikationsmängel mitgebracht werden. So verlagert sich nach ein- bis mehrmaligem Erreichen der Ejakulation die Aufmerksamkeit des therapeutischen Geschehens wieder mehr in Richtung der Frau, indem der Mann lernt, "auf die offensichtlich lustvollen Reaktionen seiner Partnerin einzugehen" (S. 117).

Der folgende Therapieschritt besteht im Einführen des Penis in die Vagina. Dies geschieht in Hockstellung der Frau über dem Mann und nach vorausgegangener manueller Stimulation des Penis durch die Frau. Gelingt es dem Paar mehrere Male, kurz vor oder während der Ejakulation des Mannes den Penis einzuführen, so gewinnt nach Auffassung der Autoren der Mann an Sicherheit intravaginal ejakulieren zu können. Danach ist es möglich, eine stärkere Beteiligung der Frau zu erreichen, wobei bewußt eine Phase geringerer Erregung beim Mann eingeschoben wird, bevor der Penis in die Vagina eingeführt wird.

Die nach Angaben Masters/Johnsons (187) im Gegensatz zu früheren sexuellen Aktivitäten starke sexuelle Erregung des Mannes in diesem Stadium sollte therapeutisch genutzt werden, "um die Partnerschaft auf einer vernünftigen, kommunikativen Basis wiederherzustellen" (S. 119).

Fünf der 17 Patienten, die zusätzlich zur ED sekundäre Erektionsstörungen entwickelt hatten, wurden erfolgreich mit den speziellen Therapieschritten (s.o.) behandelt.

Die Mitteilung der Ergebnisse sowie die Nachuntersuchung ist mit den gleichen Mängeln behaftet wie unter C III 1.5. ausgeführt: so geben die Autoren an, durch ihre Therapie drei von sieben Patienten nicht von deren Symptomen befreit zu haben, was einer Mißerfolgsrate von 18% entspricht. Die drei Mißerfolge werden einzeln diskutiert; lediglich bei einem Paar jedoch erwächst die Schlußfolgerung, daß der Behandlungsmißerfolg auf die bei diesem Paar nicht stattgefundene Anwendung des Auswahlverfahrens zurückzuführen ist, wodurch es den Untersuchern entging, daß es sich eigentlich nicht um eine ED handelte, sondern vielmehr eine starke Ablehnung der Frau durch den männlichen Partner vorlag.

Die Qualität der follow-up-Untersuchung entspricht der in C III 1.5. beschriebenen follow-up-Untersuchung bei erektionsgestörten Männern.

Blakeney (27) gibt unter den 74 von ihr behandelten Symptomträgern auch zwei Männer mit "ejaculatory incompetence" (S. 126) an; beide sind am Ende des work-shops (s.o.) geheilt.

Schließlich berichtet auch David (51) in der Behandlung eines Patienten mit ED von einem Erfolg.

Soweit der Überblick über bereits in C III 1.5. besprochene Studien, von denen hier lediglich die von den Autoren selbst angegebenen Besonderheiten in der Behandlung der ED berücksichtigt wurden. Wie in C III 2.5. werden auch hier diese Studien nicht nochmals in Tabelle 4 aufgeführt - ausgenommen die Untersuchung Masters/Johnsons (187). Auch die Fallberichte (s.u.) erscheinen dort nicht.

Ovesey/Meyers (216) diskutieren in ihrer Untersuchung sehr ausführlich die ätiologischen Hypothesen, die auch Grundlage ihres psychoanalytischen Behandlungsverfahrens sind. In ihren Fallbeschreibungen werden Symptomatik und Verlauf der Funktionsstörung deutlich. Insgesamt handelt es sich jedoch um unsystematische, anekdotenhafte Berichterstattung, in der kaum einer der geforderten methodischen Gesichtspunkte erfüllt wird. Lediglich die Diagnose bei den insgesamt 10 Patienten wird näherungsweise definiert - die Autoren unterscheiden zwischen intermittierender und totaler ED - und Zielkriterien werden formuliert. Zum therapeutischen Verfahren beschränken sich die Autoren mit dem Hinweis:

"Treatment must be aimed at the underlying conflicts, and not at the symptom itself, irrespective of the patient's reason for seeking help" (S. 199).

"The treatment of choice, therefore, must be of an uncovering nature, that is, psychoanalytic therapy" (S. 200).

Ergebnismittelungen liegen nicht vor, ebenso fehlen systematische Angaben zu Patientenvariablen, Therapiekontrollen, Kontrollgruppe und Katamnese.

Friedman (87) beschreibt bei sieben von ihm behandelten Männern einen ätiologischen Zusammenhang von ED mit Erfolgsängsten, wobei die funktionelle Sexualstörung eher als Begleitsymptom der Erfolgsangst angesehen wird als umgekehrt. Der Autor gibt in drei Fallberichten einen Einblick in die Symptomatik und Ätiologie bei den jeweiligen Patienten, der aber nicht systematisch aufgearbeitet wird. Die Behandlung besteht aus wöchentlichen Sitzungen und soll ihr Ziel: "achievement of insight and personality changes" (S. 83), durch eine "dynamically oriented therapy" (S. 84) erreichen. Nähere Informationen zum therapeutischen Vorgehen gibt der Autor nicht. Fünf der Patienten, die heterosexuell orientiert waren - während zwei Patienten als bisexuell beschrieben sind -, konnten nach Angaben Friedmans (87) ihre Symptomatik überwinden. Eine weitergehende Dokumentation der Ergebnisse fehlt.

Mann (181) gibt einen Überblick über ätiologische Hypothesen anderer Autoren und formuliert seine Arbeitshypothesen zur Ätiologie, die er für weitgehend identisch mit denen von Masters/Johnson (187) erachtet. Der Autor hebt vor allem hervor: strenge religiöse Erziehung, Angst vor Schwangerschaft, starke Selbstkontrolle, Fehlen von emotionaler Offenheit sowie Masturbationspraktiken, die auf Stimulationstechniken beruhen, welche beim Koitus nicht erreichbar sind. Mann erwähnt in seiner Arbeit, daß er im Laufe von drei Jahren zehn Patienten wegen ED behandelt hat und teilt die Ergebnisse mit, wonach vier Patienten nach Abschluß der Therapie ihre normale sexuelle Funktion wiedererlangt hatten, drei Patienten erfolglos blieben und weitere drei in unterschiedlichem Ausmaß gebessert waren.

Ausführlicher beschreibt der Autor sodann seine Behandlungsziele, sein therapeutisches Vorgehen sowie die der Therapie zugrundeliegenden Hypothesen. Dies geschieht anhand eines Fallbeispiels, in dem auch über die Symptomatik berichtet wird. Auch in diesem Fall schließt die Therapie erfolgreich ab, aber auch hier fehlt jede weitere Dokumentation.

Fallbeispiele wie das von Mann (181) machen das Gros der Literatur über psychotherapeutische Behandlungsansätze bei ED aus.

So berichtet auch Kaplan (114) zwei einzelne Fallgeschichten, in denen sie auf Symptomatik, Krankheitsverlauf, Sozialanamnese und Ätiologie eingeht. Die Darstellung des therapeutischen Vorgehens, angefangen bei den diagnostischen Vorgesprächen, ist für die Behandlung der ED ausführlich wiedergegeben, sie ähnelt in ihrem Übungsteil der Behandlung von Masters/Johnson (187). Zusätzlich beschreibt die Autorin noch die Notwendigkeit der Bearbeitung von zutage tretenden Widerständen gegen die Therapie in den therapeutischen Sitzungen.

Insgesamt gilt hier das Gleiche wie für die therapeutischen Ansätze Kaplans (s.o.) bei Erektionsstörungen und EP: unter methodenkritischen Gesichtspunkten sind die Fallberichte - auch wenn man die ausführlichen Beschreibungen des therapeutischen Vorgehens hinzunimmt - unzureichend.

Weitere Fallberichte stammen z.B. von Gagliardi (91), der eine nicht näher erläuterte Modifikation des Therapieansatzes von Masters/Johnson (187) zur Behandlung eines Patienten mit ED benutzte, der zuvor vergeblich mit einer analytisch orientierten Therapie behandelt worden war, nun nach acht Sitzungen in die Lage versetzt worden war, während des Geschlechtsverkehrs zu ejakulieren (der Autor betont, daß sein Bericht keine vergleichende Bewertung zweier Therapieverfahren sein soll), sowie von LoPiccolo (165), der einen bisexuellen

Patienten mit sekundärer Impotenz und intermittierender ED gemeinsam mit dessen Freundin behandelte. Auch LoPiccolo erreichte durch in vivo Desensibilisierung der Leistungsangst, sensorische Fokussierung sowie eine Rekonditionierung der Erregung von homosexuellen auf heterosexuelle Fantasien während der Masturbation eine Symptomumkehr, die nach sechs Monaten stabil war.

Razani (234) schildert den Fall eines 24-jährigen Patienten, auf dessen Symptomatik und Krankheitsverlauf, Diagnose und Sozialanamnese er ausführlich eingeht. Der Autor beschreibt das therapeutische Vorgehen, das sich an Semans (276) anlehnt und Muskelentspannungsübungen beinhaltet, nur sehr kurz als Dekonditionierung von durch den Geschlechtsverkehr hervorgerufener Angst, ohne auf Details einzugehen. Nach fünf Sitzungen konnte der Patient intravaginal ejakulieren; dieses Ergebnis blieb über sechs Monate hinweg stabil.

Schließlich berichtet Delmonte (52) von der Therapie eines Patienten mit ED, den er hinsichtlich Sozialanamnese und Krankheitsverlauf beschreibt und den er gemeinsam mit der Ehefrau mit Ehe Therapie und meditativer Entspannung, die hauptsächlich aus Mantrameditation bestand, behandelte. Nach zehn Monaten Therapie ejakulierte der Patient erstmals intravaginal. Eine katamnestische Untersuchung ergab Stabilität des erreichten Ergebnisses vier Monate nach Therapieende.

3.5.1. Bewertung

Ein Überblick über die in C III 3.5. besprochenen psychotherapeutischen Behandlungsansätze bei ED zeigt, daß in der ohnehin sehr spärlich vorhandenen Literatur fast ausnahmslos Fallberichte vorliegen; denn auch die Arbeiten, die sich auf mehr als einen Patienten beziehen - etwa die Masters/Johnsons (187); Ovesey/Meyers (216); Friedmans (87) - sind letztlich nur als eine Summierung der vorliegenden Zahl von Einzelfällen und nicht als geplante Studien mit festgelegten Gruppengrößen zu interpretieren.

Auch wenn in der Mehrzahl der besprochenen Studien die Autoren mehr oder minder ausführlich auf die Diagnose, Symptomatik, Ätiologie, auf Krankheitsverlauf und sozioökonomische Daten der Patienten eingingen, auch wenn Therapieergebnisse dargestellt und follow-up-Untersuchungen durchgeführt wurden, so fallen naturgemäß bei allen Einzelfallbeschreibungen von vornherein die meisten Kontroll- und Vergleichsmöglichkeiten innerhalb der Studie weg. Was schließlich übrig bleibt - auch wenn ein Behandlungserfolg erreicht werden konnte - ist eine Reihe von einzelnen Krankengeschichten, die zusätzlich zu den formal-methodischen Unterschieden, wie sie etwa für die Studien in C III 1.5. und C III 2.5. festgestellt wurden, auch und aufgrund ihrer Eigenschaft als bloße Fallgeschichten inhaltlich verschieden sind. Dies kommt z.B. in Form der immer andersartigen Symptomatik und Ätiologie der ED bei den Patienten zum Ausdruck, die in den Fallberichten vorgestellt werden. Wenn die Autoren überhaupt zu diesen Punkten Auskunft erteilen, dann jeweils mit unterschiedlicher Gewichtung (nämlich entsprechend der Fragestellung des Autors). Vor allem aber wegen der vielen Varianten im Auftreten der ED (z.B. nur beim Geschlechtsverkehr - auch bei der Masturbation; nur bei einer Partnerin - bei allen Partnerinnen; intermittierend-immer) handelt es sich letztlich vermutlich um lauter unterschiedliche Krankheitsbilder, die hier in C III 3.5. unter dem Begriff ED zusammengefaßt waren. Auf diesen Tatbestand verweisen auch Munjack (210) und Apfelbaum (8) sowie Shull (281) in ihren Veröffentlichungen über ED.

Der Literaturüberblick über psychotherapeutische Behandlungsansätze bei ED ergibt, daß sich zum einen - wegen des geringen Vorkommens von ED, wie manche vermuten - nur sehr wenig Literatur zum Thema findet, die zum anderen fast ausschließlich auf Fallberichte beschränkt ist, welche zudem noch unvollständig und unsystematisch dokumentiert sind.

Ein möglicher Ausweg aus diesem Dilemma scheint eine Vereinheitlichung zumindest des diagnostischen Vorgehens zu sein, um in zukünftigen Berichten ermaßen

zu können, um welches Krankheitsbild mit welcher Symptomatik/Ätiologie es sich handelt. Ein brauchbares Konzept dazu hat Shull (281) vorgeschlagen.

Apfelbaum (8) erwägt die Ausgrenzung masturbatorischer Anorgasmie aus dem klinischen Begriff der ED und möchte diese Störung eher der Lust-Appetenz-Phase (s.o.) zurechnen.

Eine genaue Festlegung des Therapieziels ist vonnöten, denn ein Behandlungserfolg kann gerade bei der ED sehr unterschiedlich aussehen. Eine differenzierte Formulierung der vorgefundenen Diagnose und des angestrebten Therapiezieles kann schließlich auch zu gezielterem therapeutischen Vorgehen führen (Apfelbaum (8)). Im Übrigen wäre eine Beurteilung und auch eine Wiederholung zum Zwecke der Überprüfung eines therapeutischen Ansatzes selbst bei Fallberichten möglich, wenn die Dokumentation sorgfältig genug und die Methodik ausreichend deutlich dargestellt würden - dies war in keiner der von mir untersuchten Studien der Fall.

C. IV/ Schluß

1. Zusammenfassung des Literaturüberblicks

Eine Zusammenfassung des methodenkritischen Überblicks über medizinisch-psychotherapeutische Behandlungsmethoden bei sexuellen Funktionsstörungen des Mannes unter besonderer Berücksichtigung der Methodik der Untersuchungen und der Therapiekriterien kann - wie in C. III 1.5.1. angedeutet - hier für die Krankheitsbilder Erektionsstörung, Ejaculatio praecox und Ejaculatio deficiens gemeinsam vorgenommen werden, da die einzelnen Gesichtspunkte der Methodenkritik für alle genannten Diagnosen zutreffend sind. Darüberhinaus gilt für mehr als die Hälfte der von mir untersuchten Studien, daß sie keinen therapeutischen Ansatz für ein spezielles Symptom, sondern vielmehr für sexuelle Funktionsstörungen des Mannes, oft sogar sexuelle Funktionsstörungen allgemein entwickeln; einzelne Krankheitsbilder und therapeutische Ansätze dazu lassen sich also gar nicht aus dem Komplex solcher Arbeiten herauslösen. Infolgedessen ist eine Methodenkritik von vornherein gültig für eben diese - unspezifischen, nicht symptombezogenen - Ansätze, die zur Therapie sowohl von Erektionsstörungen wie von Ejaculatio praecox und Ejaculatio deficiens entworfen wurden.

Allerdings möchte ich an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, daß es beim überwiegenden Teil der von mir untersuchten Arbeiten - mehr oder weniger ausdrücklich - um die Psychotherapie funktioneller Sexualstörungen geht (zur Definition der verschiedenen Begriffe s. B. III 1., S. 44f.). Auf eben jene psychotherapeutischen Ansätze bezieht sich auch diese Zusammenfassung des Literaturüberblicks; Studien hingegen, in denen medizinische Behandlungsverfahren bei sexuellen Dysfunktionen Untersuchungsgegenstand waren, sind hier nicht gemeint. Denn zum einen handelt es sich bei sexuellen Funktionsstörungen in ca. 90% der Fälle um psychogen bedingte funktionelle Sexualstörungen (s.o.), bei denen medizinische Behandlungsansätze primär nicht indiziert sind. D.h. organisch bedingte sexuelle Dysfunktionen spielen schon zahlenmäßig eine weitaus geringere Rolle und es finden sich in der Literatur entsprechend weniger medizinische - und diese beinahe ausschließlich bei Erektionsstörungen - als psychotherapeutische Behandlungsansätze.

Zum anderen - und auch dies ist oben (C. III 1.4./ 2.4./ 3.4.) bereits angesprochen worden - sind alle von mir untersuchten medizinischen Behandlungsansätze entweder nicht stichhaltig methodisch belegt oder als noch im Versuchsstadium befindlich anzusehen.

Daraus ergibt sich die Schlußfolgerung, daß medizinische Behandlungsverfahren prinzipiell zwar bei eindeutig nachgewiesenen organisch begründeten sexuellen Dysfunktionen eine Berechtigung haben, daß jedoch bis heute keine Verfahren bestehen, deren Erfolgsbeurteilung so abgesichert ist, daß das Risiko bzw. die Schwere etwa eines chirurgischen Eingriffes akzeptabel erscheint.

Was die medikamentösen Behandlungsversuche bei sexuellen Dysfunktionen angeht, so möchte ich nochmals betonen (s. auch C. III 1.4.2.), daß nach den heute gängigen Kriterien klinischer Medikamenten-Prüfung bei keiner Substanz eine eindeutige Beeinflussung sexueller Funktionsstörungen festgestellt werden konnte; d.h. es gibt zur Zeit keine Indikation für die medikamentöse Behandlung sexueller Funktionsstörungen.

Die untersuchten psychotherapeutischen Behandlungsansätze sollen im folgenden nicht miteinander verglichen werden; dies ist - soweit möglich - jeweils in C. III 1.5.1./2.5.1./3.5.1. geschehen (s. auch Tab. 3 und 4). Vielmehr wird ein Überblick über die wichtigsten und häufigsten methodischen Mängel der in dieser Arbeit untersuchten Studien gegeben, der sich der Übersichtlichkeit halber am zugrundegelegten Kriterienkatalog (C II) orientiert. Dieser Überblick soll die herausgearbeiteten konkreten Ergebnisse stichpunktartig zusammenfassen und wird den mannigfachen unspezifischen Hinweisen und Klagen anderer Autoren - vor allem kennzeichnend für Literaturüberblicke und Besprechungen - über methodische Unzulänglichkeiten sexualtherapeutischer Ansätze gegenübergestellt.

Bei der Beurteilung der Diagnosestellung war bereits aufgefallen, daß sich für die Begriffe 'Erektionsstörungen', 'Ejaculatio praecox', 'Ejaculatio deficiens' keine eindeutigen Definitionen ausmachen lassen. Zwar geben fast alle Autoren in ihren Studien Diagnosen an; die meisten von ihnen versäumen es jedoch, diese Diagnosen zu beschreiben, was angesichts der existierenden Unterschiede der Definitionen unbedingt notwendig wäre. Es bleibt meist un-

klar, ob solche Autoren stillschweigend eine bestimmte Definition voraussetzen, ob sie sich der unterschiedlichen Definitionsmöglichkeiten nicht bewußt sind oder schlicht dem Problem der Begriffsbestimmung aus dem Weg gehen. Solange keine Einigung über die Definitionen für die einzelnen funktionalen Sexualstörungen des Mannes besteht - und dies ist ausdrücklich auch im Hinblick auf die Nuancen, nicht nur die groben Kriterien gemeint - , solange wird es dementsprechende, auch gravierende Unterschiede im diagnostischen Vorgehen geben. Die in C III 1.4.1. aus vielen Untersuchungen beispielhaft zusammengetragene Diagnostik für Erektionsstörungen etwa wurde von keinem Autor in dieser Form eingesetzt. Es ist auch zweifelhaft, ob sich die Qualität der Diagnose mit der Zahl der benutzten Diagnostika zunehmend verbessern würde, und einer bloß an Quantität orientierten Diagnosemaschinerie - wie in C III 1.4.1. dargestellt - soll hier keinesfalls das Wort geredet werden. Andererseits steht fest, daß bei fehlenden Begriffsfestlegungen jeder Autor diagnostisch so vorgeht, wie es ihm angemessen erscheint und welcher Fragestellung er sich zugewandt hat.

Aber die Folge davon ist nicht nur, daß die wenigen Autoren, die überhaupt differenzierte Instrumente - zusätzlich zur Sexualanamnese - zur Diagnosefindung einsetzen, zu unterschiedlichen Teilaussagen gelangen (z.B. wird eine große Zahl von Begleitdiagnosen gestellt, die nur bei entsprechender Fragestellung erhältlich sind und deren Zusammenhang mit der sexuellen Funktionsstörung meist unerwähnt bleibt), die alle kaum miteinander verglichen werden können. Wichtiger noch ist die Folge fehlender Begriffsbestimmung für die Beurteilung der Meßinstrumente, über deren Gütekriterien nur sehr beschränkte Aussagen gemacht werden können: es ist nicht möglich, prinzipiell das eine oder das andere Diagnostikum überlegen zu nennen - vorausgesetzt, es ist hinsichtlich seiner Reliabilität, Validität und Objektivität überhaupt untersucht - , solange gar kein Einvernehmen darüber besteht, was untersucht werden soll.

Das 'Was' und 'Wie' der Diagnostik besteht für die psychosomatische Medizin insgesamt als Problem (Studt (296)). Dies wird bei funktionellen Sexualstörungen noch verstärkt durch deren spezifische Eigenschaften:

Bis heute stützt sich die Diagnostik der sexuellen Funktionsstörungen - einmal abgesehen von den kürzlich begonnenen Versuchen, Erektionsstörungen meßbar zu machen und zu objektivieren - fast ausschließlich auf eigen- bzw. fremdanamnестische Angaben, da aus vornehmlich ethischen Gründen eine direkte

Befunderhebung ausscheidet. Damit ist auch gleich eine zweite Besonderheit angesprochen: bei funktionellen Sexualstörungen handelt es sich um ein 'Krankheitsbild', dessen Symptomatik sich in der Kommunikation zwischen zwei Partnern einstellt; die Diagnosen von Ejaculatio praecox und Ejaculatio retardata z.B. sind ohne Einbeziehung eines Partners in die Symptomatologie nicht möglich. Hieraus ist die Forderung abgeleitet worden, sexuelle Funktionsstörungen als Störungen des Paares und nicht des sogenannten Symptomträgers allein zu sehen (trotzdem sprechen im Übrigen die meisten Autoren weiterhin vom 'gesunden' und 'funktionsgestörten' Partner). Mit diesem Schritt müssen bei der Ermittlung der genauen Diagnose zwei Personen berücksichtigt werden und die diagnostischen Vorgehensweisen werden noch zahlreicher, müssen doch der Partner mit der ganzen Breite seiner Verhaltensweisen und die Kommunikation zwischen den Partnern miteinbezogen werden.

Die Darstellung der Symptomatik begründet sich dementsprechend meist auf Mitteilungen beider Partner in den ersten Gesprächen mit dem Therapeuten. Auf die Subjektivität solcher Angaben und die Tatsache, daß eine Überprüfbarkeit kaum gegeben ist, wurde bereits verwiesen. Weiter gilt auch hier, daß bei fehlenden Richtlinien nur das erfaßt wird, was den Autor interessiert, was ihm angemessen erscheint bzw. was sein Erfahrungshintergrund erlaubt. Da die Diagnose der funktionellen Sexualstörungen sehr stark von der Symptomatik bestimmt wird, kann eine schlechte, oberflächliche Erfassung der Symptomatik nur eine ungenaue Diagnose nach sich ziehen. In den untersuchten Studien variierte die Gründlichkeit bei der Erfassung der Symptomatik beträchtlich; in den meisten Fällen fehlten die Angaben dazu, wie die Symptomatik des funktionsgestörten Mannes bzw. Paares erfragt wurde. Es ist anzunehmen, daß die Autoren nur auf die Darstellung dieser Einzelheiten und nicht etwa auf eine Sexualanamnese überhaupt verzichteten. Dies muß jedoch angesichts der Bedeutung der Symptomatik als wesentlicher Bestandteil der baseline-Daten kritisiert werden. Es ist zwar nicht prinzipiell notwendig, die Symptomatik und die Ätiologie der betreffenden Funktionsstörung detailliert zu beschreiben. Da aber die oben dargelegten Definitionsunsicherheiten das Bild prägen, genügt es keinesfalls, bloß eine Diagnose zu stellen; es muß zumindest ein Hinweis auf andere Untersuchungen oder Quellen erfolgen, aus denen der Leser weitere Einzelheiten über die Auslegung der Symptomatik und der Diagnose durch den Autor erfahren kann.

Sehr ähnlich verhält es sich mit Angaben zur Ätiologie: auch sie sind äußerst spärlich und erschöpfen sich meist in vagen Bemerkungen, mit denen viele Autoren ähnliche oder einige derselben Faktoren als Auslöser für funktionelle Sexualstörungen verantwortlich machen wie Masters/Johnson (197) sie erarbeitet hatten. Wenn überhaupt weiter differenziert wird, sind oft lediglich einzelne auslösende Ursachen besonders hervorgehoben - je nach Fragestellung des Autors - und es bleibt offen, ob und inwieweit andere ätiologische Faktoren in Erwägung gezogen werden. Fast keine der untersuchten Studien bietet einen umfassenden Überblick über gängige und neuere Vorstellungen zur Ätiologie, wie sie in B. III diskutiert wurden. Zwar ist dort schon unterstrichen worden, daß alle ätiologischen Modelle hypothetisch, unsicher und unklar, z.T. auch umstritten sind und somit eine Darstellung solcher Hypothesen auf den ersten Blick überflüssig scheint. Sie ist es jedoch dann nicht mehr, wenn es um den therapeutischen Ansatz geht: Die ihm zugrundeliegenden Hypothesen stehen in einem Sinnzusammenhang mit ätiologischen Hypothesen, da sich das therapeutische Vorgehen auf letztere bezieht. Indem ätiologische Hypothesen zur Grundlage des therapeutischen Vorgehens werden, gewinnen sie den Status einer Arbeitshypothese; sie sind damit keinesfalls bloß schmückendes Beiwerk, dessen Darstellung großzügig übergangen werden kann, sondern sollten im Gegenteil genau erläutert werden. Dieser Gesichtspunkt wird von kaum einem Autor gebührend berücksichtigt, zumindest nicht im Wortlaut der Veröffentlichungen.

Faßt man die hier gemachten Bemerkungen zur Qualität der Angaben zu Diagnose, Symptomatik und Ätiologie zusammen, so hat man es im weitaus größeren Teil der Literatur über psychotherapeutische Behandlungsmethoden der funktionellen Sexualstörungen des Mannes mit Studien zu tun, in denen die Therapie auf folgenden Voraussetzungen basiert:

was sich hinter der gestellten Diagnose verbirgt, bleibt allzu oft unklar. Sind jedoch Kriterien bzw. Definitionen genannt, so sind sie mit Hilfe einer willkürlich festgelegten Diagnostik zustande gekommen, die selten weiter begründet wird. Die für die Diagnose so wichtige Symptomatik wird von den Autoren im Text ihrer Veröffentlichungen häufig weggelassen; ist sie doch dargestellt, so beruht diese Beschreibung im wesentlichen auf nicht näher überprüfbaren Mitteilungen des Mannes bzw. des Paares. Ätiologische Hypothesen

schließlich finden sich sehr selten und bleiben isoliert vom therapeutischen Ansatz.

Zielkriterien werden öfter genannt als die bisher besprochenen Kriterien, aber sie sind selten so formuliert, daß man daraus auf das konkrete Vorhaben des Autors schließen könnte. Häufig handelt es sich nur um Nebensätze, aus denen hervorgeht, in dieser Studie soll ein Therapieverfahren ausprobiert, in jener zwei Settings verglichen, in einer dritten ein ätiologischer Faktor überprüft werden.

Bei der Beschreibung der Patienten berücksichtigen die meisten Autoren einige sozioökonomische Daten wie Anzahl der Versuchspersonen, Alter, Geschlecht, Religion usw. In wenigen Studien findet man alle Angaben oder gar weitere Merkmale - etwa hinsichtlich der Symptomatik - vor. Generell ist davon auszugehen, daß die Patientengruppen sehr heterogen sind, was wiederum auf das oben zu Symptomatik, Ätiologie und Diagnose Gesagte zurückzuführen ist. Im übrigen gibt es nur in einer kleinen Zahl von Studien tatsächliche Patientengruppen - die dann oft einen sehr geringen Umfang haben. In den meisten Untersuchungen handelt es sich - wie oben ausgeführt - um eine Summierung von Einzelfällen, über die lediglich zusammenfassend berichtet wird.

Die nachlässige Beschreibung der Patientenvariablen führt gemeinsam mit den selten stringenten Einschluß-/Ausschlußkriterien dazu, daß Patienten therapiert werden, von denen eigentlich wenig Genaues bekannt ist, bei denen man aber sicher sein kann, daß sich mit zunehmender Oberflächlichkeit bei der Erfassung der baseline-Daten hinter den gestellten Diagnosen ein Sammelsurium von Krankheitsbildern befindet. In Anbetracht der Tatsache, daß bisher unklar ist, welche Therapiekomponenten bei welchen Patienten wirksam sind, verbaut ein solches Vorgehen die Möglichkeit, mehr Wissen über die offenen Fragen zu erlangen.

Anzusprechen ist schließlich noch die besondere Aufmerksamkeit, die dem Paar als Patient zukommt: Kaum ein Autor versäumt darauf hinzuweisen, daß es in einer sexuell gestörten Partnerschaft keinen 'unschuldigen' bzw. 'geunden' Partner gibt. Auch die Therapie ist in den meisten Fällen auf das Paar aus-

gerichtet. In der Beschreibung der Patienten wird diese Auffassung jedoch meist unterlaufen, indem die Partner der Symptomträger nicht berücksichtigt werden bzw. eine möglicherweise erfolgte Erhebung von Daten nicht dokumentiert wird.

Der therapeutische Ansatz ist im allgemeinen der am besten dargestellte Teil der Studien. Geht man jedoch ins Detail, so tauchen auch hier massive methodische Mängel auf:

Die der Behandlungsmethode zugrundeliegende Hypothese fehlt sehr oft in der Therapiedarstellung; auch eine sinnvolle Verbindung zwischen Aussagen zur Ätiopathogenese, den Zielkriterien, der dem Therapieansatz zugrundeliegenden Hypothese, den entsprechenden Meßinstrumenten und dem Behandlungsergebnis vermißt man durchweg.

Generalisationsfördernde sowie rezidivprophylaktische Methoden werden von keinem Autor gezielt eingesetzt.

Einzelne Therapievariablen werden nur in Ausnahmefällen untersucht; Angaben über den formalen Therapieablauf sind fast immer lückenhaft.

Therapiekontrollen wurden praktisch ausschließlich in Studien zur Therapie von Erektionsstörungen eingesetzt, und auch hier nur in etwa der Hälfte der Fälle. Meist fehlt in jenen Arbeiten dann eine Begründung der Kontrollmethoden, was angesichts der großen Menge von vorhandenen Meßinstrumenten (s. C III 1.5.1.) wichtig wäre. Hier gilt es auch zu bedenken, daß bei dem Ausmaß von Ungenauigkeit und Oberflächlichkeit, mit dem bei der Diagnosestellung und Erfassung von Symptomatik und Ätiologie vorgegangen wird, ein gezielter Einsatz von Meßinstrumenten von vornherein unmöglich gemacht ist. Es kommt hinzu, daß sich funktionelle Sexualstörungen generell schlecht operationalisieren lassen und objektive, reliable und valide Meßinstrumente bisher nur bestimmte Teilaspekte der Sexualität erfassen können. Im Übrigen wird den Gütekriterien des eingesetzten Meßinstrumentariums von den Autoren gewöhnlich keine Aufmerksamkeit geschenkt. Andererseits gibt es eine unübersehbare Menge von Testinstrumenten, vor allem im amerikanischen Sprach- und Kulturraum, unter denen ein Autor aussuchen kann; dies praktiziert er in der Regel nach nicht nachvollziehbaren Gesichtspunkten.

Auch der Einsatz von Kontrollgruppen gehört in der Psychotherapie funktio-
neller Sexualstörungen zu den Raritäten: in weniger als einem Fünftel der
in dieser Arbeit untersuchten Studien benutzten Autoren Kontrollgruppen,
deren Erstellung unterschiedlich war und deren Aussagekraft in knapp der Häl-
fte der Fälle von den Autoren selbst in Frage gestellt wird.

Katamnästische Erhebungen hingegen werden meistens durchgeführt. So berichten
die Autoren oft, wieviele Patienten in welchen Zeitabständen nach Therapieab-
schluß nachuntersucht wurden. Die Methode der Erhebung aber bleibt in mehr
als der Hälfte der Fälle ungenannt und die katamnästischen Angaben beschrän-
ken sich auf vage und nicht nachvollziehbare Aussagen wie: bis sechs Monate
nach Therapieende hatte sich der Therapieerfolg stabilisiert. Eine solche
Aussage ist bei einem einzelnen Patienten kaum aufschlußreicher als bei einer
Patientengruppe, solange keine weiteren Erläuterungen dazu gemacht werden.
Darüberhinaus sind katamnästische Daten wertlos, wenn keine sorgfältig erhobe-
nen baseline-Daten vorliegen.

Schließlich gilt für die Katamnese die gleiche Schwierigkeit wie für die Er-
hebung der baseline-Daten und die Ergebnismitteilung: Ob die eingesetzten Meß-
instrumente wirklich das messen, was mit ihnen festgestellt werden soll, ist
ungewiß. Wenige Autoren setzen sich mit dieser Frage auseinander oder verwei-
sen auf entsprechende Quellen.

Datenanalysen liegen in knapp der Hälfte der untersuchten Studien vor, aller-
dings oft ohne nähere Angaben der benutzten Verfahren.

Behandlungsergebnisse teilen die Autoren fast ausnahmslos mit. Dabei fällt auf,
daß auch verschiedenartige Therapieansätze zu gleich hohen Erfolgsquoten füh-
ren. (Man kann diese unfreiwillige Übereinstimmung als die größte Ähnlichkeit
der Studien miteinander bezeichnen.)

Problematisch ist auch hier die Erhebungsmethode, die in weniger als einem
Drittel der Studien genannt wird, bei meist fehlenden exakten baseline-Daten.
Eine wirklich vorhandene Vergleichsmöglichkeit von prä- und post-Therapie-
Daten findet sich deshalb selten. Ebenso taucht erneut - wie schon bei der Be-
sprechung der Therapiekontrollmöglichkeiten und der Meßinstrumente - die

Schwierigkeit der Definition sowie der Operationalisierung auf: Erfolgsmitteilungen beruhen weitgehend auf subjektiven Patientenauskünften und lassen sich nur schwer operationalisieren. Dementsprechend verzichtet der größte Teil der Autoren von vornherein auf die Festlegung von Kriterien und Meßinstrumenten, durch die Erfolg von Mißerfolg eindeutig abgegrenzt werden könnte. Dies und die fehlende Anwendung kontrolltechnischer Verfahren zur Messung und Überprüfung der Wirksamkeit einzelner Therapievariablen (s.o.) stehen jeder Erkenntnis über eingesetzte Therapieverfahren im Wege und verhindern darüber hinaus die systematische Entwicklung neuer gezielter Therapieansätze. Allzu häufig wird in der Mitteilung der Behandlungsergebnisse der vorher erhobene Anspruch vergessen, daß es sich bei dem Patienten in Wirklichkeit um das Paar und nicht allein um den Symptomträger handelt: der Erfolg bemißt sich dann oft nur an der 'Symptomumkehr' beim Symptomträger. Das Paar betreffende Gesichtspunkte bleiben außer acht. Sind vor der Therapie beide Partner Symptomträger, so hat die meist ungenaue Darstellung der durch die Therapie eingetretenen Veränderungen bei beiden Partnern zur Folge, daß unklar bleibt, wodurch der Erfolg gekennzeichnet ist, ob beide Partner 'gebessert' sind oder nicht.

Über Nebenwirkungen schließlich lassen sich nur Arentewicz/Schmidt (12) aus, auch sie nur über negative Nebenwirkungen. In den wenigen, weiteren Fällen, in denen dem Text etwas über Nebenwirkungen zu entnehmen ist, handelt es sich um zufällige, nicht systematische Befunde. In keiner der untersuchten Studien spielte die Frage nach positiven oder negativen Nebenwirkungen eine Rolle bei der Planung des Experimentes.

Zusammenfassend handelt es sich bei den in dieser Arbeit untersuchten Studien mit wenigen Ausnahmen um Veröffentlichungen, deren Methodik - ohne Rücksicht auf die Gewichtung der einzelnen Beurteilungskriterien - gravierende Mängel aufweisen. Dabei ist die Feststellung wichtig, daß ein solches Ergebnis nicht darauf zurückgeführt werden kann und soll, daß etwa der vorgegebene Kriterienkatalog Maximalforderungen enthält, die in einer klinischen Studie aus organisatorischen, Kosten- oder anderen Gründen nicht erfüllt werden können. Die Versuchung zu einer solchen Erklärung liegt zwar nahe, kann jedoch bei genauem Hinsehen die an dieser Stelle ausge-

sprochene kritische und häufig negative Beurteilung nicht entkräften. Es geht hier nicht darum, dem einen oder anderen Autor das Auslassen dieses oder jenes Gesichtspunktes in seiner Studie vorzuwerfen; es soll vielmehr deutlich werden, daß gerade bei fehlenden Standards eine durch Nachlässigkeit, Oberflächlichkeit und methodische Unsauberkeit gekennzeichnete Dokumentation keinen nachvollziehbaren Behandlungsansatz vermitteln kann, da eine Replizierbarkeit in vielen Fällen von vornherein ausgeschlossen ist.

Durch diese mangelnde Sorgfalt bedingt resultiert schließlich eine große Ansammlung nebeneinander entworfenen und existierender, aber gleichzeitig voneinander isolierter Therapieansätze, die kaum einmal an Bestehendes anknüpfen, sich auf bereits Erprobtes deutlich beziehen, gezielt variieren und weiterentwickeln (können).

Dieser formale Vorwurf trifft - bis auf wenige Ausnahmen (s. dazu C. III 1.5.1./ 2.5.1./ 3.5.1.) - alle Studien, die in der vorliegenden Arbeit untersucht wurden, und zwar unabhängig von der jeweils eingesetzten Therapieform bzw. -richtung. Allerdings muß klargestellt werden, daß 'Sexualtherapien' heute fast ausschließlich symptombezogene Behandlungsverfahren auf verhaltenstherapeutischer Grundlage sind, ergänzt bzw. erweitert um mehr oder weniger viele, aber nur selten kenntlich gemachte Elemente anderer psychotherapeutischer Vorgehensweisen. Eben diese Therapien - mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen im Mittelpunkt - sind also der hier vorgenommenen Methodenkritik ausgesetzt gewesen und schnitten meist schlecht ab. Genauso waren es aber einige wenige dieser vornehmlich verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsansätze, die der Kritik standhalten und brauchbare Vorgehensweisen zur Therapie funktioneller Sexualstörungen entwickeln konnten.

2. Diskussion der Schwierigkeiten und Grenzen der Psychotherapie funktioneller Sexualstörungen - Kritik der 'Sexualtherapie'

Die nicht selten trotz der relativ hohen 'Erfolgsraten' in der Psychotherapie funktioneller Sexualstörungen des Mannes ausgedrückte Unzufriedenheit mit den Ergebnissen dieser Therapieformen (s.z.B. Clement (38)) ist m.E. jedoch nicht allein durch die beschriebenen methodischen Mängel zu erklären. Vielmehr diskutieren Autoren, die über die pure Therapiedarstellung hinausgehen und ihre sexualtherapeutischen Bemühungen selbstkritisch reflektieren, auch diverse andere Gesichtspunkte, die vorherrschende Vorbehalte gegen allzu optimistische Einschätzungen sowie gegen eine Machbarkeitsideologie der 'Sexualtherapie' erkennen lassen. Einige dieser Gedanken liegen sozusagen innerhalb des durch den Kriterienkatalog gesteckten Rahmens; zu nennen sind hier vor allem:

- die Unklarheit der Ätiologie der funktionellen Sexualstörungen sowie die Schwierigkeit einer genauen Diagnosestellung: Die bisherige medizinische Betrachtung und Herangehensweise an die funktionellen Sexualstörungen schließen dabei offensichtlich nicht alle notwendigen Aspekte ein;
- die Datenerfassung, besonders die der Symptomatik kann die ihr durch den subjektiven Charakter der Patientenangaben gesetzten Grenzen nicht überwinden und bleibt folglich problematisch; damit verbunden und zum Teil gleichbedeutend ist die Tatsache, daß
- Sexualität sich der völligen Vermessbarkeit entzieht (Clement (38)), und dies - zumindest - so gravierend, daß das ganze therapeutische Gerüst letztlich auf Mutmaßungen gebaut ist;
- die Unsicherheit darüber, was als Erfolg bezeichnet werden kann: Hier tritt zu der Schwierigkeit einer Einschätzung dessen, was den Patienten wie in seiner Persönlichkeit im Hinblick auf seine sexuelle Symptomatik positiv beeinflusste und veränderte, abermals das Problem der Bestimmung, wann die sexuelle Symptomatik für sich als gebessert oder aufgehoben anzusehen ist; ferner bereitet die Einbeziehung des Partners in die Erfolgsbeurteilung Schwierigkeiten. Schließlich ist die Frage unbeantwortet, ob eine therapeutisch erreichte Veränderung der Symptomatik in die beabsichtigte Richtung überhaupt als Erfolg gewertet werden kann, wenn diese 'Richtung' mit herrschender Sexualnorm identisch ist und ein Therapieerfolg lediglich die Anpassung des Individuums an diese Norm bedeutet.
- Nicht nur hinsichtlich des Erfolges, auch in Bezug auf anderweitige Effekte

ist die Wirkweise der Psychotherapie funktioneller Sexualstörungen ungewiß und die Palette möglicher Nebenwirkungen breiter, als angesichts der Mißachtung dieses Punktes in fast allen Studien zu vermuten wäre. (Auch hier bleiben Erhebungen von Nebenwirkungen Zufallsbefunde, weil und solange nicht konsequent danach gesucht wird.)

Abgesehen von diesen Aspekten gibt es eine große Zahl von Bedenken und Fragen an die Psychotherapie funktioneller Sexualstörungen, die zwar über den durch den Kriterienkatalog vorgegebenen Rahmen hinausgehen, die aber ein wichtiges Licht auf die angesprochene Unzufriedenheit mit den bisherigen Ergebnissen werfen und deswegen hier in Kürze genannt werden sollen. Den folgenden Überlegungen liegen die Ausführungen über soziokulturelle Einflüsse auf das Sexualverhalten in B I 2. zugrunde, die deutlich gemacht hatten, daß dort, wo Sexualtherapien hauptsächlich erarbeitet und durchgeführt werden, nämlich in den USA und in Europa - hier vornehmlich in der BRD -, eine Entwicklung in Richtung zunehmender Liberalisierung den Umgang mit Sexualität bestimmen. Dieser gesamtgesellschaftliche Liberalisierungsprozeß war und ist jedoch nicht nur durch Aufhebung mancher Tabus und Restriktionen sowie mehr Freizügigkeit, sondern auch durch neue Verhaltensmaßstäbe und Leistungsmaximen gekennzeichnet. Es resultiert eine, wenn auch veränderte, so doch keinesfalls entproblematisierte Situation für Sexualität. Dies und die sich ergebenden, teils widersprüchlichen Bedingungen, Erscheinungen und Auswirkungen der sogenannten Liberalisierung im allgemeinen und im speziellen, z.B. für das Arzt-Patient-Verhältnis wurden oben (B I 2.) erörtert (u.a. Mechler (194); Schorach/Schmidt (268); Sigusch (286)). Sie stellen in ihrer Gesamtheit die heutige Sexualnorm da, welche unter anderem - und dies sind nur ausgesuchte Aspekte der oben besprochenen komplexen Verbundenheit von Sexualität mit anderen Lebens- und Kulturbereichen - wiederum Sexualität, als Lernprodukt (Fricker (84), S. 65), normiert. Diese Sexualnorm legt mit der Normalität auch das 'Un'-Normale fest, sie bringt die allseitige Beschäftigung mit dem Thema Sexualität hervor und erlaubt sie, wodurch schließlich auch das soziokulturelle Umfeld bestimmt wird, in dem funktionelle Sexualstörungen und 'Sexualtherapien' entstehen. Auf die Tatsache und die Art und Weise der Beteiligung der Sexualwissenschaft und der Sexualmedizin an diesem Normierungs- und Liberalisierungsprozeß wurde oben hingewiesen.

Betrachtet man die problematischen Inhalte der durch Liberalisierung charakterisierten sexuellen Norm etwas näher - vor allem angesichts der postulierten hervorragenden Bedeutung von Sexualität (s.o.S. 3) einerseits sowie der eben auch 'krankmachenden' Eigenschaften der Liberalisierung (s.o.S. 25) andererseits -, so treten einige Gesichtspunkte besonders hervor, die hier genannt, nicht aber näher auf ihre Ursachen hin untersucht werden sollen (siehe dazu die jeweiligen Autoren):

Schmidt/Sigusch (262) formulierten die Hypothese, daß in einer Massen- und Konsumgesellschaft - wie der unsrigen - auf eine Einbeziehung von Sexualität in die geltenden Prinzipien nicht verzichtet werden kann. Folglich erhält Sexualität nicht nur in mehrfacher Hinsicht eine Warenfunktion und damit einen Tauschwert, sondern sie wird den gesellschaftlichen Leistungsnormen unterworfen und ihre Manipulierbarkeit und Außenleitung bleibt bestehen oder vergrößert sich gar.

Aus der allseits propagierten Selbstverwirklichungsideologie, die ganz wesentlich von den Bedingungen einer Konsumgesellschaft mitgeprägt ist, kann Sexualität nicht ausgespart bleiben und wird es auch nicht; sie eignet sich sogar besonders gut dazu, den Einzelnen mit der Möglichkeit zu locken, seinen vermeintlich wirklichen Zielen näherzukommen: eine funktionierende, offene und freie Sexualität soll die tiefsten Wünsche erfüllen, der Entspannung dienen, Harmonie herstellen, Partnerschaften bereichern und damit das (endgültige?) Glück verwirklichen helfen. Dabei kommen der Propagierung solcher Ziele einerseits die zunehmende Vereinzelung und Vereinsamung der Menschen in einer Massengesellschaft, andererseits die Konsummöglichkeiten und -zwänge entgegen.

So wird der "Rückzug in die Innerlichkeit" (Fricke (83), S. 27) zugleich möglich und nötig; "Hoffnungen und Wünsche werden vom beruflichen (und politischen) Bereich abgezogen und in den privaten Bereich verlagert." (Fricke, ebd.) Was also 'liberalisiert' der Emanzipation und Selbstverwirklichung förderlich sein soll, entpuppt sich sehr schnell als neues Problem: die gültigen Leistungs- und Konsumprinzipien greifen auch hier, "die Freiheit, zwischen sexuellen Aktivitäten wählen zu können, ist eine Scheinfreiheit, wenn gewählt werden muß, d.h. ein Zwang besteht, sexuell aktiv zu sein." (Fricker (84), S. 137). "Sexualität wird auf 'Sex' reduziert, wird zu einer Ware, deren leichte Konsumierbarkeit eine immer neu wiederholbare Entlastung von Pressionen und Frustrationen erlaubt, ohne diese selbst aufheben zu müssen." (Kentler (122), S. 35).

In dieser kurz umrissenen Situation entstehen auch diejenigen Funktionsbeeinträchtigungen, deren Therapieversuche in dieser Arbeit besprochen wurden, Beeinträchtigungen, die in dem genannten soziokulturellen Milieu nicht zuletzt durch dessen Definitionsgewalt zu Störungen werden.

Als selbstberufene Instanz befindet die Sexualmedizin - nach Sigusch (286) "keine irgendwie sinnvoll abgrenzbare medizinische Disziplin, mit eigenständiger Theorie und Methodik" (S. 14), sondern eine Betrachtungsweise - über den Krankheitwert dieser Funktionsbeeinträchtigungen (LoPiccolo/Heiman (170)), scheidet gestört von ungestört und nimmt sich schließlich der Heerscharen von Gestörten an, dabei viele Ungereimtheiten - etwa das sehr häufige Vorkommen sexueller Probleme bei sogenannten normalen Paaren (Frank (78)) - nicht beachtend.

In den gegebenen soziokulturellen Zusammenhängen verankert, therapiert Sexualmedizin nun die von ihr ausgesuchten und ernannten Patienten auf Ziele hin, die sie zwar diskutiert und kritischen Betrachtungen unterzieht, die sich aber zwangsläufig an der von ihr mitpropagierten Norm orientieren: Was unter sexueller 'Gesundheit' und Funktionsfähigkeit zu verstehen ist (Lief (161)), fußt nahezu ausschließlich auf den althergebrachten Vorstellungen von der Existenz eines angeborenen Sexualtriebes, der Gleichsetzung von Sexualität mit Sexualverhalten (Fricker (84), S. 46), der herrschenden Sexualmoral und den sich daraus ergebenden für normal angesehenen sexuellen Verhaltensweisen. Sexualwissenschaft wird "immer noch als eine Naturwissenschaft mit sozusagen sozialwissenschaftlichen Einschlüssen, als eine Unterabteilung der Medizin betrachtet und die Sexualität unvermittelt als in der Natur begründet verstanden" (Dannecker)¹. Diese undifferenzierte und einseitige Betrachtungsweise dient der Sexualmedizin auch heute noch als Arbeitsgrundlage, obwohl deren Irrtümer und Unwissenschaftlichkeit verschiedentlich herausgestellt wurden (s.z.B. Fricker (84); Schmidt, in: Schorsch/Schmidt (268), S. 30 f.).

Die Enthaltsamkeit, der "Schein der Neutralität" (Dannecker, in Sigusch (286), S.74), an dem die Sexualwissenschaft und die Sexualmedizin festhalten (s.o. S. 30f.), wenn es um eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den eigenen Ergebnissen und Aufgaben geht, verhindern eine Reflexion der eigenen Bedingungen; die angesprochene Zurückhaltung und der Rückzug auf wissenschaftliche Faktizität ist nicht wertfrei, sondern birgt einen Normanspruch in sich. Solange

¹Dannecker, M.: Menschenbild und Sexualwissenschaft. Bemerkungen zu einem verschleierte Verhältnis; in: Sigusch (286), S. 62 - 75

der einzelne Wissenschaftler sich hinter dieser Wertfreiheit versteckt, geht er über seine eigenen Bedingungen schlicht hinweg und erliegt einer Selbsttäuschung.

Schmidt (261) räumt selbstkritisch ein, daß Sexualforscher häufig den sozialen Hintergrund ihrer eigenen Arbeit aus dem Blick verlieren und den Wald vor Bäumen nicht mehr sehen. In der Fülle der vorhandenen Literatur bleibt der Autor damit jedoch die Ausnahme; Blindwütigkeit, Selbstgefälligkeit und Selbstbetrug sind allzu oft hervorstechende Merkmale sowohl der Ansätze der Sexualforschung als auch der Sexualmedizin. Dies ist vor allem dann bedenklich, wenn - wie Arentewicz/Schmidt (12) es formulieren - es zu den Aufgaben der Therapeuten gehört, "Vorstellungen über die Sexualität in Dauerbeziehungen oder Phantasien über die Glücksmöglichkeiten der Sexualität in solchen Beziehungen (die Rede ist von nach der Therapie 'funktionell Intakten'; der Verfasser) zurechtzurücken" (ebd., S. 100). "Kraft ihrer Expertenstellung besonders wirksam" (ebd., S.57), sollen Therapeuten Informationslücken auffüllen, aufklären, falsche Vorstellungen korrigieren. Angesichts dieser Auffassung erscheint Reiches (Reiche, R.: Buchbesprechung von Arentewicz/Schmidt (12) in: Psyche; 35, Nr 4, 1981) provokative Frage nach der Eigenschaft des Therapeuten als selbsternanntem Diener des Sozialstaates, der allen sozialen Schichten das sexuelle Funktionieren zurückgibt, eher milde. Denn hier liegt der Verdacht nahe, daß Sexualmedizin und -therapie nicht nur die oben dargestellten Sexualnormen implizieren, sondern daß sie eben jenes Spektrum von Verhaltensweisen mit all seinen - teils dargelegten - Konsequenzen offen propagieren und dabei "die Quantität im anweisenden Vorgehen - Beschwichtigungen, Ermuntern, blindes Befriedigen oder Frustrieren von Übertragungsbedürfnissen - in eine neue Qualität" (Reiche, ebd.) umschlagen lassen, nämlich in autoritäre Anpassung. Angesichts dieses - schweren - Vorwurfes, den zu erheben sich nach allem bisher Gesagten nicht umgehen läßt, bleibt die Reaktion der Betroffenen und Angesprochenen erstaunlich gelassen: Sie gehen auf dieses Problem kaum ein, zumindest nicht in der gesichteten Literatur; finden sich doch einmal Auseinandersetzungen oder Diskussionen zu jenem Thema (s.z.B. Praktische Sexualmedizin (225 a), S. 140f.), so ist das Niveau, gelinde gesagt, erschreckend naiv. Im allgemeinen jedoch widmen sich Sexualforscher ihren empirisch-analytischen Untersuchungen; Sexualmediziner arbeiten an ihren therapeutischen Ansätzen und sind dabei besonders um das Ausfeilen angewandter Techniken und Verfahren bemüht. Sie

unterlassen es aber nicht nur, nach den Bedingungen und Folgen ihrer Arbeit zu fragen; es sind fast keine Bemühungen zu erkennen, die Rolle des Therapeuten als Subjekt im therapeutischen Geschehen zu untersuchen - ein sicher sehr schwieriges Unterfangen (Arentewicz/Schmidt (12)), das auch im benutzten Kriterienkatalog keine Beachtung fand, deswegen aber nicht minder wichtig ist.

In dieser kurzen Standortbeschreibung der Sexualforschung und -medizin heute ist - vor allem gemessen an ihren 'Aktivitäten' - bereits einiges an Kritik angeklungen. Autoren wie Bailey (14) und Kolodny (135) diskutieren manche der hier ausgesprochenen Einwände in Bezug auf das therapeutische Vorgehen mehr im Detail; auf sie möchte ich lediglich verweisen.

Sind Siguachs (in Fischer (73)) Thesen zum Verhältnis von Medizin und Sexualität auch nicht mehr in der von ihm ausgedrückten Schärfe zutreffend - Medizin(er) als verbohrt, ignorante und per se rückschrittliche Wissenschaft(ler)-, können Behauptungen wie die von Richter (242) zur Funktion der Psychotherapie - "Aufrechterhaltung des gesellschaftlichen Verleugnungs-systems"; "Psyche wieder gefällig und brauchbar zu machen" (bde. Zitate Richter (242), S. 158) - auch nicht voll unterstützt werden, so ist doch sicher, daß der in dieser Arbeit behandelte methodenkritische Aspekt von Sexualtherapien nur ein Ausschnitt aus der Gesamtheit der mit dem Thema verknüpften Gesichtspunkte ist; daß ferner aber dieser Ausschnitt bzw. das Standbein Sexualtherapie eine vergleichsweise überdimensionale Bedeutung erlangt hat und die Sexualmedizin dabei ist bzw. Gefahr läuft, die anderen ihr eigenen Merkmale der Bequemlichkeit halber zu verdrängen. Eine derartige Entwicklung birgt das große Risiko in sich, gegenüber dem Patienten in Arroganz und Überheblichkeit zu verfallen und ihn mit seinen Problemen nicht wirklich ernst zu nehmen, statt dessen in solcher Borniertheit eine "anything goes message" (Bailey (14), S. 1502) zu verkünden, mit der an der Norm versagende Individuen in die therapeutische Falle gelockt und dort glauben gemacht werden, ihnen stünde tatsächliche Hilfe zur Verfügung. In Wirklichkeit aber tritt dann ein, was Kritiker des Öfteren beschwören, daß nämlich solche Therapien lediglich als Ventil fungieren zum Druckausgleich zwischen einer Fitness und Attraktivität fordernden Gesellschaft, in der nur hochtourige, hundertprozentige Sexualität zählt, einerseits, sowie dem selten zu Veränderungen seiner eigenen Situation entschlossenen, meist hingegen einrentleerten und verzagten Individuum anderer-

seits. In dieser Rolle wird 'Sexualtherapie' sowohl das von Sexualmedizinern vielzitierte sexuelle Elend konsolidieren und vergrößern als auch die Suche nach dessen wirklichen Ursachen und besseren Lösungen der spezifischen Probleme blockieren und verwässern helfen.

Gemessen an diesen kritischen Betrachtungen und den offen zutage tretenden methodischen Mängeln der überwiegenden Mehrzahl sexualtherapeutischer Ansätze erscheint die oben angedeutete Unzufriedenheit mancher Autoren mit den - oberflächlich gesehen - gar nicht so schlechten Ergebnissen sehr viel verständlicher, und eine zögernde oder auch zweifelnde Haltung gegenüber weiteren sexualtherapeutischen Versuchen ist angebrachter als forsches und experimentierfreudiges, aber blindwütiges Vorgehen (als Beispiel möchte ich die von Ruth Westheimer im amerikanischen Radio bzw. Fernsehen durchgeführte Sexualberatung erwähnen; s. Zeitschrift 'Stern' Nr. 10, 3.3.1983, S. 217f.)

D. Ausblick

D. I Bestehende Auswege und Arbeitsansätze

Nun kann und soll an dieser Stelle nicht einem Rückzug der Sexualmedizin von ihren bisher bezogenen Positionen das Wort geredet werden. Denn einmal sind Sexualforschung und -medizin hierzu bereits zu sehr gefestigt und fortgeschritten; zum anderen - und dies ist weitaus wichtiger - sind schon allein aus dem Blickwinkel dieser Arbeit angesichts der so vielen von sexuellen Funktionsstörungen betroffenen Menschen die Sexualwissenschaften gefordert, ihre Arbeit gerechtfertigt, ja mehr als das: notwendig. Doch mindestens ebenso notwendig wie die Tatsache, daß Sexualwissenschaft sich dieser Aufgabe annimmt, ist, wie sie dabei vorgeht.

Eine - neben der vorher erwähnten kritischen Zurückhaltung - weitere Möglichkeit, die bestehende mißliche Lage anzugehen, liegt folgerichtig in der Erweiterung sexualtherapeutischer Ansätze um eine Reihe von Gesichtspunkten, denen bislang keine bzw. kaum Aufmerksamkeit beschieden war. Tatsächlich schlägt sich die Unzufriedenheit mancher Autoren in Bemühungen nieder, die bloße symptom- und therapieorientierte Sackgasse zu verlassen und weitere Aspekte und Bedingungen der Sexualität zu erforschen bzw. die Sexualtherapie qualitativ zu bereichern.

So werden vor allem in jüngerer Zeit verstärkt Versuche unternommen, dem Phänomen der geringen sexuellen Appetenz bzw. Erregbarkeit sowie Störungen der sogenannten Lust-Appetenz-Phase auf die Spur zu kommen (Kaplan (116); Leiblum (149)), womit zum einen dem vollzogenen Problemwandel bei funktionellen Sexualstörungen in den letzten zwanzig Jahren, zum anderen den vielen 'therapie-resistenten' Fällen Rechnung getragen werden soll.

Andere Autoren beziehen zunehmend nicht-sexuelle Gebiete mit in therapeutische Überlegungen und Vorgehen ein, etwa Price (227) oder Reynolds (240): Nachdem zunächst deutlich wurde, daß Sexualtherapie positive Auswirkungen auf die Kommunikation der Partner (s.z.B. Leiblum (148); Chesney (36); Schmid (258)) und das Selbstbild der Partner (s.z.B. Clement (37); Foster (77)) hat, wer - und ist größtenteils bis heute - unklar, welche dieser Effekte spezifische Ursachen

in der Sexualtherapie haben und welche unspezifisch sind. Man versucht, valide und reliable Variablen zu finden, an denen der Therapieausgang gemessen (Whitehead (321)) bzw. die mit positivem Therapieausgang in Verbindung gebracht werden können. (Tullman (299); Sewell (278); Segraves (275)).

Manche Autoren setzen Verfahren ein, die z.B. auf Aufhebung soziokultureller Ängste (Arentewicz (11)) und Beeinflussung des Selbstwert- und Beziehungsgefühles (Mandel (179); Mandel (180)) zielen, die als therapiebegleitend 'social skills' (Zilbergeld (332)) oder 'dating skills' (Reynolds (241)) vermitteln sollen, deren große Bedeutung für einen Therapieerfolg immer mehr erkannt werden. Weitere Vorschläge zur Bereicherung der Sexualtherapie und Verbesserung der Therapieergebnisse gehen in Richtung Angstreduktion durch verschiedene Methoden (McCarthy (190)), Einsatz von Fantasietraining (Flowers (75)) sowie auf das wichtige Gebiet der Feedback-Methoden: Serber (277) weist auf den Einsatz von Videofeedback hin, andere Autoren beschreiben die - begrenzten - Möglichkeiten des Biofeedbacks (Hatch (105); Heiman (107); Legewie/Nusselt (146); Reynolds (239); Rosen (246)).

Eine Reihe von Arbeiten gelten der Erforschung von Reaktionen der Symptomträger und/oder deren Partner auf Sexualtherapie (z.B. Cole (40)), vor allem im Hinblick auf vorzeitigen Therapieabbruch (Dickes (56)) und negative Nebenwirkungen (Kaplan (113)).

Schließlich gibt es noch Veröffentlichungen, die sich mit speziellen Problemen auseinandersetzen: Farkas (68) untersucht z.B. die Möglichkeit, von an Versuchspersonen gewonnenen Informationen generalisierende Aussagen abzuleiten; Levay (153) beschäftigt sich mit der Rolle des Traums sowie Übertragungsphänomenen (Levay (152)); Munjack (207) beleuchtet den Widerstand des Patienten gegen die Therapie. Auch Untersuchungen zur Sexualität im Alter (Sviland, in LoPiccolo (167), S. 351f.), zur Frage der Sexualität bei verschiedenen organischen Erkrankungen und Problemen des Einsatzes von stellvertretenden, sogenannten Surrogat-Partnern (alle Themen in: LoPiccolo (167)) liegen vor.

Soweit der Überblick über einige positive Ansätze, die sexualtherapeutische Scheuklappigkeit zu überwinden und den oben genannten Gefahren entgegenzutreten. Denn es genügt nicht allein, die Sexualforschung und -medizin und als den

In dieser Arbeit besonders interessierenden Teilaspekt die Psychotherapie der funktionellen Sexualstörungen - hier oft als 'Sexualtherapie' bezeichnet - zu kritisieren, wie dies oft (s.o.) und berechtigterweise geschieht; es müssen auch Schritte in die Richtung getan werden, die zu mehr Wissen über Sexualität, sexuelle Verhaltensweisen, sexuelle Störungen und deren Therapie führen, wobei das tragende Moment unbedingt die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten bleiben muß.

D. II Forderungen an eine künftige Sexualmedizin und -therapie

Am Schluß der vorliegenden Arbeit werde ich - auf der Grundlage der erarbeiteten Resultate - diejenigen Anforderungen zusammentragen, die an die zukünftige Arbeit der Sexualforschung und der Sexualmedizin bzw. -therapie zu stellen sind. Dabei möchte ich, soweit dies möglich und sinnvoll ist, formale von inhaltlichen Forderungen trennen.

1. Formale Forderungen

Zunächst werde ich auf die formalen und methodischen Gesichtspunkte sowie die damit verknüpften Inhalte eingehen, die in sexualtherapeutischen Ansätzen beachtet werden müssen:

die Diagnose sollte möglichst differenziert sein; dies wird erreicht durch ein Klassifikationsschema, das genügend unterschiedliche Kriterien zur genauen Definition beinhaltet. Da die Festlegung der Diagnose hauptsächlich durch die Erhebung der Sexualanamnese erfolgt, ist die Symptomatik besonders exakt zu erkunden (s.a. C III 1.4.1.); als Maßstab könnte ein detaillierter Fragenkatalog dienen, mit dem Art, Dauer, Schweregrad der Störung sowie evtl. Vorbehandlung und Begleiterkrankungen erforscht werden. Grundsätzlich ist der Partner in alle Erhebungen miteinzubeziehen.

Differentialdiagnostische Überlegungen sind anzustellen und zu dokumentieren. Ferner sollten standardisierte Erhebungsverfahren erarbeitet werden, die einen Vergleich verschiedener Patientenkollektive ermöglichen würden. Diese vorhandenen diagnostischen Verfahren müßten jedoch auf ihre Objektivität, Reliabilität und Validität überprüft werden.

Die Ätiologie der diagnostizierten Störung ist unbedingt anzugeben, auch wenn es sich nur um Vermutungen handelt. Auf die logische Verknüpfung von Symptomatik, Ätiologie, dem Therapieziel, therapeutischer Hypothese und Vorgehen, Meßinstrumenten und Ergebnismitteilung ist zu achten.

Die Zielkriterien sowohl der Studie als auch der Therapie müssen festgelegt werden; es muß nach Abschluß der Therapie nachvollziehbar sein, was von den angestrebten Zielen erreicht werden konnte.

Die Beschreibung der Patienten soll so umfassend sein wie möglich; dazu gehört gleichfalls die Erhebung von sozioökonomischen Daten des Partners. Es sollten zusätzlich nicht-sozioökonomische Variablen erfasst werden, z.B. die Motivation der Partner zur Therapie, die verschiedenen Aspekte der Paarbeziehung, nicht-sexuelle Variablen. Die Einschluß-/Ausschlußkriterien der Patienten zur Studie müssen unmißverständlich feststehen; die Zuteilung zu den Versuchsgruppen soll genau beschrieben sein, sowie die Patienten der jeweiligen Versuchsgruppen.

Ebenso wichtig ist die Darstellung der Therapie. Entsprechend muß die der Therapie zugrundeliegende Hypothese erläutert werden; generalisationsfördernde und rezidivprophylaktische Maßnahmen sollten in einer Therapie enthalten sein und erklärt werden. Der formale Ablauf des therapeutischen Vorgehens ist darzustellen. Ferner sollten möglichst viele Therapievariablen festgelegt, genannt und überprüft werden, um die Wirksamkeit einzelner Therapieelemente analysieren zu können. Schließlich sollte über Therapeutenvariablen (Ausbildung, Verhalten, etc.) Auskunft erteilt werden.

Therapiekontrollen sind einzusetzen; dabei müssen objektive, valide und reliable Meßinstrumente sowohl zur Erhebung der baseline-Daten als auch des Therapieverlaufs sowie der Ergebnismitteilung und der Katamnese benutzt werden; Gütekriterien sind anzugeben; neben den sexuellen sind nicht-sexuelle Merkmale zu erfassen. Immer sind beide Partner zu befragen. Die Kontrollmethoden sollten begründet werden; eine Standardisierung ist anzustreben.

Der Einsatz von Kontrollgruppen ist zur Überprüfung der Therapiewirksamkeit erforderlich. Über die Erstellung der Gruppe und über die mit gleichen Meßinstrumenten wie die bei den Versuchsgruppen eingesetzten, zumindest vor und nach der Therapie abzufragenden Daten ist Auskunft zu erteilen.

Katamnesen sollten immer durchgeführt werden. Entscheidend für die Qualität der Katamnese sind: Nennung der Patientenzahl, bei denen sie durchgeführt wurde (und Gegenüberstellung mit Therapiebeginnern und Therapiebeendern); Nennung

des/der Zeitabstandes/Zeitabstände der Durchführung(en) nach Therapieende; Nennung der Meßinstrumente (möglichst die gleiche Batterie wie vor/während/nach der Therapie); Festlegung der vorher genau definierten Bewertungskriterien; Bewertung nach Datenanalyse und Vergleich mit den prä- und post-Therapie-Daten; Aufschlüsselung und Darlegung der Daten nach Diagnose, Therapievariablen, Patientenvariablen, für jedes einzelne Paar sowie Versuchsgruppen.

Datenanalysen müssen vorgenommen und beschrieben werden. Ziel muß dabei sein, zu statistisch signifikanten Aussagen zu gelangen.

Das mitzuteilende Behandlungsergebnis ist in seinem Wert davon abhängig, inwieweit die schon zur Katamneseerhebung aufgezählten Bedingungen beachtet wurden. Von herausragender Bedeutung sind dabei die - vor Therapiebeginn festzulegenden - Bewertungskriterien, die sich zum einen in Übereinstimmung mit den ätiologischen Hypothesen, der Therapiehypothese und dem therapeutischen Vorgehen befinden sollten; zum andern müssen die eingesetzten Meßinstrumente auf diese Beurteilungskriterien abgestimmt werden, d.h. sie sollten - nachweislich - das messen können, was zu messen gewünscht wird. Die Meßinstrumente sollten die gleichen sein wie die vor der Therapie eingesetzten Verfahren; der Vorteil einer Standardisierung wurde bereits betont.

Entsprechend der Prämisse 'Paar als Patient' werden beide Partner in das Behandlungsergebnis einbezogen, es müssen also beide befragt werden, und zwar sowohl nach Veränderungen im sexuellen wie im nicht-sexuellen Bereich. Therapie- und Patientenvariablen sollen beachtet und mitgeteilt werden.

Sowohl positive wie auch negative Nebenwirkungen sind systematisch zu erfassen, was wiederum zur Voraussetzung hat, daß vorher Hypothesen über Nebenwirkungen aufgestellt und diese überprüft werden.

Therapiemißfolge sind genau zu dokumentieren (Abbrecher; Verschlechterung/keine Veränderung gegenüber vor der Therapie); es soll untersucht werden, welche Patienten- oder Therapie Merkmale häufig mit Therapiemißfolgen korrelieren, um künftig Prognosen stellen sowie Therapien entsprechend modifizieren zu können.

(Weitere Details können den in C. III 1./2./3. zitierten Untersuchungen sowie

folgenden Arbeiten entnommen werden:

Farkas (68); Fordney-Settlage (76); Kilman (127); Kinder (129); Kuriansky (142); Levine (157); Cooper (47); Reynolds (238); Segraves (275); Schmidt/Kessler (263); Gölner (96); Hehl (106).)

2. Inhaltliche Forderungen

Ob die hier in D. II 1. erhobenen Anforderungen an sexualmedizinische Arbeit eher durchgesetzt werden könnten, wenn es ein selbständiges Fach Sexualmedizin gäbe, ist fraglich und umstritten. (s.z.B. Pacharzina (217) gegenüber Pfäfflin (222)). Sicher ist, daß angesichts der bestehenden sexualmedizinischen Unterversorgung der Bevölkerung der BRD mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen sollten; wie eine solche Versorgungsstruktur aussehen könnte, schlug z.B. Schorsch (269) vor. Entscheidend wird sein, umfangreiche Ausbildungsmöglichkeiten für Mediziner und Psychologen zu schaffen und dabei nicht nur an den quantitativen, sondern vor allem an den qualitativen Aspekt der Versorgung potentieller Patienten zu denken, damit Zustände wie in den USA (Sigusch (287 a); Sigusch (288); Bailey (14)) vermieden werden. Dabei ist hier nicht einzig und allein an die spezielle Therapeutenausbildung gedacht, die zur Durchführung von Sexualtherapien befähigen soll (s.z.B. Arentewicz/Schmidt (12), S.175f.; Waggoner (310); LoPiccolo (168)), sondern gerade an eine Grundausbildung für Mediziner, die schon während des Studiums durchgeführt werden und die folgende Inhalte vermitteln sollte (Lief (161)):

- der Arzt sollte sexuelle Themen bzw. Probleme mit dem Patienten besprechen können;
- er sollte in der Lage sein, eine informative Sexualanamnese zu erheben;
- er sollte dabei die Gefühle und möglichen Unsicherheiten des Patienten berücksichtigen und deshalb behutsam mit ihm umgehen können;
- der Arzt sollte maskierte psychosexuelle Probleme erkennen können sowie um die Auswirkungen verschiedener Funktionsstörungen und Behandlungen auf die

sexuelle Funktion wissen;

- er sollte abschätzen können, ob die angegebenen sexuellen Schwierigkeiten in seinen therapeutischen Kompetenzbereich fallen oder ob eine Überweisung an einen Spezialisten erforderlich wird;
- kann er selbst behandeln, sollte er unter Einbeziehung des Patienten einen Behandlungsplan entwerfen können;
- der Mediziner sollte die erzieherischen und präventiven Aspekte medizinisch-sexuellen Wissens einsetzen können. (s. auch oben S. 37/8).

Vorschläge, kontrollierte Untersuchungen und Kritiken zur Sexualerziehung von Medizinern stammen vor allem aus dem englischen und amerikanischen Schrifttum (z.B. Dickerson (55); Lief (161); Marcotte (182); Voss (308); Schnarch (265); Woods (325); Woods (326)); der Mangel diesbezüglicher Arbeiten in der BRD entspricht der nicht vorhandenen Ausbildung an deutschen medizinischen Fakultäten, ein Zustand, dem unbedingt Abhilfe geschaffen werden muß.

Einige der anzustrebenden Ziele einer solchen Medizinerausbildung wurden genannt (s.o. S. 33/4); von entscheidender Bedeutung für die Qualität der späteren Patientenbetreuung ist nun die Erweiterung der Ausbildungsinhalte vom biologisch-körperlichen Aspekt auf "die seelisch-soziale und geschichtlich-gesellschaftliche Ebene" (Sigusch (286), S. 16). Zwar gilt diese Forderung prinzipiell für jede medizinische Betrachtungsweise, sie spielt aber bei psychosomatischen Erkrankungen - und als solche wurden funktionelle Sexualstörungen hier begriffen - die zentrale Rolle.

Vor allem angesichts all dessen, was in dieser Arbeit über die Stellung und Bedeutung der Sexualität gesagt wurde und angesichts der zu beobachtenden, zunehmenden Verschiebung sexueller Probleme in den Bereich der sogenannten Lust-Appetenz-Phase (s.o. und LoPiccolo (171); Zilbergeld et al. (334); Kaplan (116)) bekommt die angesprochene seelisch-soziale und die geschichtlich-gesellschaftliche Betrachtungsebene des Menschen und seiner Sexualität besonderes Gewicht. Denn die bereits deutlich gewordene Möglichkeit zur Manipulation der funktionsgestörten Patienten durch sexualtherapeutische Interventionen gewinnt bedrohliche Dimensionen, wenn eine - noch festzulegende - zukünftige Norm ein bestimmtes Maß an sexueller Erregbarkeit und Funktionsfähigkeit voraussetzt, die jedes unter- oder außerhalb dieser Norm liegende Indivi-

dum automatisch der Therapie zuführt. Auch in diesem Sinn bleibt 'Sexualtherapie' eine Gratwanderung, und es muß gefordert werden, daß jeder, der hier - im Vorfeld oder im Zentrum sexualmedizinischer Betreuung - tätig wird, um solche Zusammenhänge weiß und deren Wichtigkeit nicht hinter den biologisch-körperlichen Aspekt zurücktreten läßt.

Hilfreich in dieser Richtung könnte eine stärkere Beschäftigung mit der Motivationsgrundlage der Sexualität (Fricker (84); Schmidt, in Schorsch/Schmidt (268), S. 30f.) sowie die Klärung der Zusammenhänge zwischen sexuellen und Funktionsstörungen anderer Art sein; epidemiologische Untersuchungen sowie Überprüfung ätiologischer Hypothesen sind als Grundlagen sowohl künftiger Therapien wie auch als präventive Maßnahmen (Qualls (232), S. 18) unverzichtbar. Denn nur so läßt das bisher als hohe "Basiswahrscheinlichkeit" (Schmidt (263), S. 189; = Häufigkeit eines bestimmten Symptoms in der Population) postulierte häufige Vorkommen sexueller Funktionsstörungen seine Abhängigkeit vom sogenannten Zeitgeist erkennen, der dieses Phänomen mitprägt.

Die erhaltenen Ergebnisse müssen mehr als bisher unter den oben zugrundegelegten Prämissen gesehen werden. Das bedeutet, daß sich Sexualwissenschaft und mit ihr Sexualmedizin und -therapie offener und offensiver mit den Verwertungszusammenhängen ihrer Forschungsgegenstände und -ergebnisse auseinandersetzen müssen (Reiche (237)), da sie ihren eigenen Bedingungen nicht entgehen können - ob sie nun wollen oder nicht. Der Streit vieler Wissenschaftler um eine gesellschaftliche Komponente der Psycho-, speziell der 'Sexualtherapie', entpuppt sich nach allem hier Gesagten als Scheingefecht. Will Sexualmedizin das erreichen, was sie vorgibt, nämlich sexuelle 'Gesundheit' ihrer Patienten, so muß sie sich diesen Forderungen stellen und Position beziehen, denn in der vermeintlichen Nicht-Wertung liegt gleichfalls eine Wertung (s.o.), allerdings mit dem entscheidenden Unterschied, daß im ersten Fall durch die Passivität des Verhaltens die Verantwortung weggeschoben, ja geleugnet wird.

D. III Zur Frage der Prävention - Welche Rolle spielt Sexualaufklärung?

Sich der eigenen Verantwortung bewußt zu werden, aktiv zu sein, heißt natürlich auch, aus der nur 'reaktiven' Rolle der Therapie herauszukommen und Gedanken zu Möglichkeiten der Prävention bzw. Prophylaxe funktioneller Sexualstörungen zu entwickeln. Eine Reihe von Autoren hat dies erkannt (z.B. Kockott (132)) und stellt Überlegungen an, wie präventive Maßnahmen zur Verhinderung des Auftretens funktioneller Sexualstörungen aussehen könnten.

Laut Voss (308) gelten im allgemeinen Sexualaufklärung und -erziehung als präventives Vorgehen: "accurate knowledge and more enlightened attitudes are seen as the prophylaxis to the social and personal problems described above." (ebd., S. 38).

Vorläufig aber bleibt die Wirkweise von Sexualerziehung hypothetisch. Zwar lassen sich z.B. bei Absolventen von Aufklärungskursen tendenziell bestimmte Veränderungen - etwa Zunahme des Wissens über Sexualität; vermehrt tolerantes Verhalten gegenüber anderen; liberalere Ansichten und Einstellungen - feststellen. Dies entspricht auch den Erwartungen, die an die Sexualität als sehr stark von Sozialisations- und Lernvorgängen geprägt bestehen. Es fehlen jedoch gesicherte Erkenntnisse über die genauen (Aus)wirkungen von Sexualerziehung z.B. hinsichtlich der Verhinderung von funktionellen Sexualstörungen (Voss (308); Kilman (128)).

Zu der Frage, welche Ziele eine Sexualerziehung verfolgen sollte, ob diese Ziele erreicht werden können und ob sie irgendeinen Einfluß auf das Vorkommen funktioneller Sexualstörungen haben, tritt überdies das Problem, wie eine Sexualerziehung ihre Ziele anstreben, wie sie aussehen und vorgehen sollte. Darauf möchte ich hier nur kurz eingehen und werde mich auf einige wenige Grundgedanken beschränken:

Stimmt die Hypothese von der sozialen Vermitteltheit etwa der Einstellung zur Sexualität oder sexueller Verhaltensweisen einerseits sowie der psychosozialen Genese der meisten sexuellen Funktionsstörungen andererseits (Qualls (232)), so ergeben sich für eine prophylaktische Aufklärungsarbeit zwei Ansatzpunkte: der eine liegt in der Erforschung und Beachtung derjenigen im weitesten Sinne sozialen Bedingungen, die für funktionelle Sexualstörungen als ätiologische Hypothesen angenommen werden. Hier gilt es z.B., den sogenannten Liberalisie-

rungsprozeß einer ständigen Kritik zu unterziehen mit dem Ziel, repressive, einengende und für viele Menschen zu Störungen führende Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen und zu benennen. Die mit diesem Schritt verbundene Forderung an Sexualmedizin, sich nicht in pseudowissenschaftlicher Enthaltsamkeit zu üben, sondern Farbe zu bekennen und offensiv zu werden, wurde oben bereits angesprochen. Hier gilt es auch, therapeutische Vorurteile bzw. Vorurteile und Voreingenommenheiten der Therapeuten bezüglich Sexualität zu untersuchen und dadurch die Zahl von Verhaltensweisen zu reduzieren, die heute als problematisch gesehen und verhindert werden sollen (s. LoPiccolo (170)).

Der andere Ansatzpunkt einer sich präventiv verstehenden Sexualaufklärung liegt beim Individuum und ist gewissermaßen der Abdruck des vorigen:

Dort, wo sich der einzelne Mensch mit Normen und Anforderungen konfrontiert sieht (z.B. denjenigen der Liberalisierung), wo er reagieren muß, wo von ihm erwartet wird, Stellung zu beziehen, dort soll er in dem Sinn Unterstützung erfahren, daß er über eine Wissens- und Handlungsgrundlage verfügt, die ihm das Fällen tragfähiger Entscheidungen ermöglicht. Daß ein derart emanzipatorischer Charakter der sogenannten Liberalisierung eben nicht von vornherein zu eigen ist (Schorsch (268)), klang bereits mehrfach an, im Gegenteil, Veränderungen in jene Richtung müssen oft gegen Bedrohungen und Entwicklungen erstritten werden, die von der 'Liberalisierung' mitgetragen und mitverursacht sind.

Fricke et al. (83) sehen es als eine wichtige Aufgabe der sexualpädagogischen Arbeit, "diese Normen auch in Frage stellen zu können und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie man mehr Vertrauen in die eigenen Gefühle, in sich selbst entwickeln kann." (ebd., S. 23).

Eine bejahende Einstellung zur Sexualität erkennen Mechler et al. (194) als wichtige Voraussetzung für Sexualpädagogik. Die vielfältigen Zusammenhänge, in denen menschliche Sexualität steht, sollen dem Bewußtsein des Heranwachsenden erschlossen werden, es soll ihm geholfen werden, "sich die eigenen sexuellen Antriebe (bewußt und im Medium der Sprache) erfahrbar zu machen, um so selbstbestimmtes und zugleich kommunikatives Handeln zu ermöglichen." (ebd., S. 13). Dies verlangt "kritische Auseinandersetzungen mit sexuellen Erscheinungsformen, wie sie sich in der Moderne im Zuge allgemeiner Liberalisierung und gleichzeitiger Kommerzialisierung des öffentlichen Lebens manifestieren." (ebd., S. 13).

Die Autoren nennen als erreichbare Ziele einer Sexualerziehung fünf Schwerpunk-

te: Differenziertes Wissen über die eigene Person; Ermöglichung von Kommunikation über Sexualität; Angstverminderung durch Wissen; Hilfe gegen 'falsches' Verhalten; Abwehr verzerrter Informationen (Mechler (194)). Hierdurch soll die Voraussetzung dafür geschaffen werden, ungerechtfertigte Abhängigkeiten zurückzuweisen, sich aus Zwängen unbegründeter Sexualnormen lösen und die Verwaltung sexueller Antriebe durch Indienstnahme für ökonomische Zwecke verhindern zu können. Kerscher et al. (123) vertiefen die Lernziele emanzipatorischer Sexualpädagogik in diesem Sinn.

Vor allem angesichts der immer noch existierenden Behinderungen einer auf die hier beschriebene Weise die genannten Ziele anstrebenden Sexualerziehung, Behinderungen, die schon historisch genannt werden können (Reich (236)), gilt Kentlers (122) Forderung, daß Sexualforscher die Sexualerziehung als einen Bereich entdecken müssen, der ihrer wissenschaftlichen Analyse bedarf. Selbstverständlich ist Sexualerziehung und -aufklärung von Jugendlichen bzw. Schulpflichtigen hier nur ein Aspekt; prinzipiell sind die Ausführungen zu emanzipatorischer Sexualpädagogik auch auf andere Bereiche anzuwenden, z.B. Erwachsenengruppen, Patientengruppen, Berufsgruppen, Ausbildungsgruppen, darunter nicht zuletzt auch Medizinstudenten (s.o.).

Hier sollten einige Gedanken und Vorschläge zum künftigen formal-methodischen und inhaltlichen Vorgehen einer Sexualmedizin gebracht werden, die zwar die Therapie als wichtiges, aber nicht einziges Wirkungsfeld sieht, sondern die sich darüberhinaus weiterer Fragestellungen und Aufgaben annimmt. Doch selbst wenn die Sexualmedizin der Zukunft um-, vor- und weitreichtiger verfährt als dies bis heute der Fall war: es bleibt das große Unbehagen, das sich angesichts der potentiellen tiefgreifenden und verheerenden Folgen einer zunehmenden 'Psychotherapeutisierung' des Durchschnittsmenschen mit seinen Durchschnittsproblemen in seinem Routinealltag breitmacht.

A. Sexueller Reaktionszyklus des Mannes: extragenitale Reaktionen

	I. Erregungsphase	II. Plateauphase	III. Orgasmusphase	IV. Rückbildungsphase
1. Urust	Mamillenerektion (unregelmäßig)	Mamillenerektion und -turgescenz (unregelmäßig)	Keine Änderung beobachtet	Involution der Mamillenerektion, kann verzögert sein
2. "Sex Flush"	Keine Reaktion beobachtet	Erscheint spät und unregelmäßig; beginnt über den Epigastrium und breitet sich über die vordere Brustwand, Hals, Gesicht, Stirn und gelegentlich Schultern und Arme aus	Gut ausgebildet; Ausbreitung parallel zur Intensität des Orgasmus (bei ungefähr 25%)	Schnelle Rückbildung in umgekehrter Reihenfolge des Erscheinens
3. Muskelspannung	Willkürliche Muskelspannung; Zeichen unwillkürlicher Muskelspannung	Weitere Zunahme der willkürlichen und unwillkürlichen Muskelspannung; semispastische Kontraktionen der mimischen, Bauch- und Interkostalmuskulatur	Verlust der willkürlichen Kontrolle; unwillkürliche Kontraktionen und Spasmen von Muskelgruppen	Muskelspannung besteht selten länger als 5 min in dieser Phase; bildet sich jedoch nicht so schnell zurück wie viele Zeichen der Vasokongestion
4. Rektum	Keine Reaktion beobachtet	Willkürliche Kontraktionen des Sphincter ani als Stimulierungspraktik (unregelmäßig)	Unwillkürliche Kontraktionen des Sphincter ani mit Intervallen von 0,8 sec	Keine Reaktion beobachtet
5. Hyperventilation	Keine Reaktion beobachtet	Spät in dieser Phase beobachtet	Atemfrequenz bis zu 40/min; abhängig von Intensität und Dauer der sexuellen Erregung	Rückbildung
6. Tachykardie	Herzfrequenz nimmt parallel zum Erregungsanstieg zu; unabhängig von der Stimulierungsart	Herzfrequenz zwischen 100 und 175/min	Herzfrequenz zwischen 110 und 160/min	Rückkehr zur normalen Herzfrequenz
7. Blutdruck	Anstieg parallel zur Zunahme der Erregung; unabhängig von der Stimulierungsart	Blutdrucksteigerung systolisch um 20 - 60 mm Hg, diastolisch um 10 - 40 mm Hg	Blutdrucksteigerung systolisch um 40 - 100 mm Hg, diastolisch um 20 - 50 mm Hg	Rückkehr zum normalen Blutdruck
8. Transpiration	Keine Reaktion beobachtet	Keine Reaktion beobachtet	Keine Reaktion beobachtet	Transpiration unregelmäßig; meist auf Fußsohlen und Handflächen beschränkt

B. Sexueller Reaktionszyklus des Mannes: genitale Reaktionen

	I. Erregungsphase	II. Plateauphase	III. Orgasmusphase	IV. Rückbildungsphase
1. Penis	Schnelles Erreichen der Erektion, die während einer verlängerten Phase teilweise verloren und wiedergewonnen werden kann; leicht zu stören durch nichtsexuelle Einflüsse	Weiteres Anschwellen der Corona glandis; Farbveränderung der Corona glandis (unregelmäßig)	Austreibende Kontraktionen im Bereich des Penis, die zuerst mit Intervallen von 0,8 sec auftreten und nach den ersten 3 oder 4 Kontraktionen in Frequenz und Intensität reduziert sind; schwächere Kontraktionen setzen sich einige Sekunden lang fort	Abschwellung in zwei Stadien: 1. schnelles Verackwinden der Vasokongestion, bis Penis um höchstens das 1- bis 1 1/2fache vergrößert ist; 2. meist langsame Rückbildung bis zur Ausgangsgröße
2. Skrotum	Verdickung und Anspannung der Skrotalhaut; Elevation des Skrotums	Keine Änderung beobachtet	Keine Änderung beobachtet	Schnelle Rückbildung, die gelegentlich verzögert sein kann; frühes Erscheinen der normalen Runzelung der Skrotalhaut
3. Hoden	Partielle Elevation beider Hoden gegen das Perineum mit Verkürzung des Funiculus spermaticus	Vergrößerung der Hoden um 50%; Elevation bis dicht an das Perineum; volle Elevation charakteristisch für die unmittelbar bevorstehende Ejakulation	Keine Änderung beobachtet	Verlust der vasokongestiven Größenzunahme; Herabwandern der Hoden in das entspannte Skrotum; Schnelligkeit je nach Länge der Plateauphase
4. Sekundäre Geschlechtsorgane	Keine Reaktion beobachtet	Keine Reaktion beobachtet	Kontraktionen der sekundären Geschlechtsorgane, die das Gefühl der Unvermeidbarkeit der Ejakulation bedingen und den Beginn der Ejakulation darstellen	Keine Reaktion beobachtet
5. Cowpersche Drüsen	Keine Reaktion beobachtet	Sondern wahrscheinlich vor der Ejakulation 2 oder 3 Tropfen eines mukoiden Sekrets ab; zeitliches Auftreten ungefähr parallel zur Sekretion der Bartholinschen Drüsen; in dem Sekret wurden aktive Spermien beobachtet	Keine Reaktion beobachtet	Keine Reaktion beobachtet

Tabelle 1 A. und B.;

TABELLE 2

Hier sind allgemeine Texte (s. dazu S. 87) sowie weitere, in der vorliegenden Arbeit nicht untersuchte Fallgeschichten aufgelistet.

- 1) Boyarsky, S. et al.: Office Treatment of Male Sexual Dysfunction;
Urol Clin North Am 1980, Feb; 7(1): 107 - 20
- 2) Crombach, G.: Direktive Therapie sexueller Funktionsstörungen;
Wien Med Wochenschr 129(5): 119 - 26, 15 Mar 1979
- 3) Cooper, A.J.: Guide to Treatment and Short-term Prognosis of Male Potency disorders in Hospital and General Practice;
Compr Psychiatr 10 (1969a) 285
- 4) Finkle, A.L.: Sexual Impotency: Current Knowledge and Treatment;
Urology 1980 Nov; 16(5): 499 - 52
- 5) Guarner, E.: Lack of timing and Ejaculatio Praecox;
Int J Psychoanal Psychother; 6: 315 - 22; 1977
- 6) Glick, B.S.: Desensitization Therapy in Impotence and Frigidity: Review of the Literature and Report of a Case;
Am J Psychiatr 132, 170 - 1, 1975
- 7) Holt, J.R.: Principles in Sex Therapy; Am J Psychoanal; 38(1): 41 - 8
Spring 1978
- 8) Kumar, S.: Evaluation and Treatment of Patients with Impotence;
J Natl Med Assoc; 70(9): 671 - 3, Sep 1978
- 9) Kiene, I.: Treatment of Functional Sexual Disorders in the Male in Marriage and Sex Counseling Agencies; Z Gesamte Hyg; 1981, Jul 7; 27(7): 539 - 41
- 10) Martin, L.M.: Erectile Impotence - It can be highly Treatable;
Geriatrics 1980 Dec; 35(12): 79 - 83
- 11) Pion, R.J. et al.: The Office Management of Sexual Problems: Brief Therapy Approaches; J Reprod Med; 1975, 15(4): 127 - 44
- 12) Quinn, J.T. et al.: An Attempt to Shape Human Penile Responses;
Behav Res Ther; 8: 213 - 16 1970
- 13) Graves, R.T.: Treatment of Sexual Dysfunction;
Compr Ther 4(8): 38 - 43 Aug 1978

- 14) Sayner, M.: Multiple Behavior Therapy Techniques in the Treatment of Sexual Dysfunction; *Couns Psychol* 5: 38 - 41, 1975
- 15) Vogt, M.J.: Impotentia Coeundi - Diagnostik und Therapie; *Der Prakt Arzt*, 1975, 1746 - 57
- 16) Williams, W.: The Practical Management of the Patient Who Complains of Erectile Complaints; *Aust Fam Physician* 7(7): 851 - 68, Jul 1978
- 17) Wilmotte, J. et al.: Premature Ejaculation, New Sex Therapies and Behavior Therapy; *Acta Psychiatr Belg* 1981, May - Jun 81(3): 308 - 20

Zur Interpretation der nachfolgenden Tabellen 3 und 4 sind folgende Voraussetzungen zu beachten:

- die Auflistung enthält alle im Text besprochenen Studien; Ausnahmen: solche Studien, bei denen im Text darauf hingewiesen wird, daß sie von der Darstellung in der Tabelle ausgenommen werden sowie alle Fallberichte;
- die Tabellen dienen lediglich dazu, die im Text durchgeführte Besprechung aller Arbeiten hier auf einen Blick zur Verfügung zu haben und zusammenzufassen. Was die Tabellen nicht leisten können und sollen - und das muß ausdrücklich betont werden -, ist ein unmittelbarer Vergleich der Studien miteinander. Dies wurde schon weitgehend in den Bewertungen (C III 1.5.1., C III 2.5.1., C III 3.5.1.) erläutert und begründet. Es kommt hinzu, daß der Übergang von der Zuteilung des Punktwertes + zum Punktwert ++ fließend ist und auch kaum festgelegt werden kann, da die Bedeutung von + verschiedenartig ist (s.u.). Es handelt sich also nur um eine näherungsweise optische Wiedergabe der im Text besprochenen Inhalte und keinesfalls um eine Bewertung, in der etwa Unterschiede von nur wenigen Punkten in der Punktsumme eine exakt diskriminierende Aussage über die Qualität der betroffenen Studien zuließe (etwa: besser als oder: schlechter als). Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß hier durch einfache Punktverteilung jeder einzelne Aspekt des Kriterienkataloges in seiner Wichtigkeit und Wertigkeit mit allen anderen Gesichtspunkten gleichgesetzt würde, wenn man - nach Addition der Punkte in jeder Arbeit - einen bloßen Vergleich der Summen vornähme.
- Zur Bedeutung der Symbole:
 - ++ = zu diesem Punkt (im Kriterienkatalog) liegen ausreichende, eindeutige Angaben vor.
 - + = der Punkt ist in der Studie angesprochen und berücksichtigt worden, aber
 - a) das Vorgehen entspricht nicht einmal annähernd den jeweils im Vorspann der Besprechungen gemachten Ausführungen zu Definition, Diagnose, Symptomatik und Ätiopathogenese (also die Gliederungspunkte C III 1.1./1.2./1.3./1.4./ bzw. 2.1. - 2.4. und 3.1. - 3.4.);
 - b) das Vorgehen ist fehlerhaft bzw. nicht schlüssig;
 - c) die Ausführungen sind nicht eindeutig bzw. verwirrend;
 - d) die Ausführungen sind nicht belegt bzw. erläutert.
- Weitere in der Tabelle benutzte Abkürzungen:
 - A = Summe der '++'; B = Summe der '+'; C = Zahl der an der Studie beteiligten Versuchspersonen; ohne Klammer: Gesamtzahl; mit Klammer: Zahl der

Tabelle 3: Studien zu Erektionsstörungen

Zur Bedeutung der hier aufgeführten Punkte s.o. (Katalog der Beurteilungskriterien - C II)

	1.	1.1.	1.2.	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	2.6.	3.	4.1.	4.2.	4.3.	4.4.	4.5.	5.	5.1.	5.2.	5.3.	5.4.	5.5.
Cooper (41)	+			++	+					+	+			++		+	+				
Cooper (42)	++	++								+	+					++					
Cooper (43)										+	+					+	+				
Wester/Johnson (187)	++	+		++	+			++	+	+	+	+	+			++	+	+	+	+	++
Lansky (143)					+						+	+				+					+
Blakeney (27)	++									+	+					++					
David (51)	++			++							+	+	+			++					
Kratovich (139)	+									++	+					++					
Prochaska (228)	++										+					++					
Lobitz/LaPicolle (162)					+											++	+	+	+		
Meyer (197)	+				+						++	++				++					
Levine (156)	++	++		++	+					++	++	++	++			++	++				+
Perreault (221)	+									+	+		+			++					+
Anari (6)	+				+									++		++				++	
Mathews (189)	+										+		+	++		++				++	+
Friedman (85)					+											+					
Wackatt (131)	+			+	+						++	++	++	++	+	+				++	
Querbach (13)	+			+	+						+			++		++	++	+	+	++	
Obler (213)	+			+	+							++	++	++		++				++	
Arentewicz/Schmidt (12)	++	++		++	++	++	++			++	++	++	++	++		++	++	+	+	++	++
Zilbergeld (330)	+									++	+			+		++				+	
Leiblum (147)	+									++	+	+				++					
Lobitz (164)	+									++	+	+	+	++		++					
Price (227)	+									+	++	++	++	++		++					
Reynolds (241)	+									+	++	++	++	++		++					
Eversard (66)	+			+	+					++	+		++	++		++					
Chesney (36)	+									++	+					+					
Crowe (49)	+			+							+	+	+	++		+					
O'Connor (215)	+			+	+											+					

Fortsetzung Tabelle 3

	5.6.	5.7.	5.8.	5.9.	5.10.	6.	6.1.	6.2.	7.	8.	8.1.	8.2.	9.	10.	10.1.	10.2.	10.3.	10.4.	10.5.	A	B	C
Cooper (41)		++	++												+		+		++	10	3	54 (31)
Cooper (42)	++	++	++			+								+	+		+			8	4	49
Cooper (43)														+					++	5	1	
Coopers/ Johnson (187)										++	+		+	+	+		+		+	12	10	790 (245)
Cransky (143)	++	++												+				+		4	5	7
Culleney (27)						+				+	++		+	+	+				++	5	6	74 (8)
Cumid (51)	++	++	++							+				+				+				36 (30)
Curtachwil (109)	+									+				+						2	5	82 (15)
Czechoska (228)														+				+		2	3	
Cibitz/Lad'iccolo (162)		++								+							+			2	6	(6)
Ceyer (197)		+	++							+				+						4	5	16
Cevine (156)		+	+			++		+		++	++		+	++	++		++	+	++	16	7	(16)
Cerremat (221)		++				+								+				+		2	8	12 (5)
Cnari (6)		++	++							++	+			+			+		+	6	7	(65)
Cathewa (189)			++			++		+		++			++	+	+					7	7	36 (13)
Criedman (85)	+		+											+						-	5	19 (11)
Cockott (131)		++				++				++			++	++	++	++	++			13	5	(24)
Cuerbach (13)	++	++	++			++		+	++	++	+		++	++	++		++		++	15	8	(24)
Cubler (213)	++	++	++			++				++	++	+	++	++	++	++	++			16	4	64
Crentewicz/Schmidt (12)	++	++	++	++	++	++	+	++		++	++		++	++	++	++	++	++	++	31	3	202 (57)
Cilbergeld (330)	++	++	++							+				+				+		5	7	
Cribblum (147)	++	++	++			++				++				++	++			++		10	3	(1)
Cibitz (164)	++	++	++			++			+	++			++	++	++		++			12	9	12 (9)
Crice (227)	++	++	++			++			++	++			++	++	++		++			15	2	(21)
Ceynolds (241)		++	++			++			++	++			++	++	++		++			14	2	(11)
Cversard (66)	++	++	++			++			++	++			++	+	++		++			13	5	21 (11)
Cheaney (36)						++				++			+	++			++		++	6	4	(19)
Crowe (49)	++	++	++			++				++			++	++	++		++			10	6	48 (14)
C'Connor (215)			+											+				+		-	7	15 (5)

Tabelle 4: Studien zu Ejaculatio praecox

Zur Bedeutung der hier aufgeführten Punkte s.o. (Katalog der Beurteilungskriterien - C II)

	1.	1.1.	1.2.	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.	2.6.	3.	4.1.	4.2.	4.3.	4.4.	4.5.	5.	5.1.	5.2.	5.3.	5.4.	5.5.
Masters/Johnson (187)	++	+		++	++					+	++	++	++			++	++	+	+	+	++
Arentewicz/Schmidt (12)	++	++		++	++	++	++			++	++	++	++	++		++	++	+	+	++	++
Cooper (44)	++	++		++	++						+	+				+	+				
Kaplan (115)	+			++	++					++	+	++	++			++	++				++
McGovern (191)	++	++								++	+					+			+		++
Golden (97)	++	++		+	+					+	+	++	++	++		++	++		++		++
Zeiss (329)	+			+												+					
Lowe (173)	+			+							++		++	++		+			++		
Yulis (328)	+			+	+						+		+			+					

Tabelle 4: Studien zu Ejaculatio deficiens

Dweey/Meyers (216)	+			++	++					++	+					+	+				
Friedman (87)	+			+	+					++	+					+					
Menn (181)	+			+	++					++	+					++	++				
Kaplan (114)	+			++	++					++						++	++				
Masters/Johnson (187)	+	+		++	++					+	++	++	++			++	++	+	+	+	++

Fortsetzung Tabelle 4, Ejaculatio praecox

	5.6.	5.7.	5.8.	5.9.	5.10.	6.	6.1.	6.2.	7.	8.	8.1.	8.2.	9.	10.	10.1.	10.2.	10.3.	10.4.	10.5.	A	B	C
asters/ Johnson (187)										++			+	+	+		+	+	++	11	10	790 (18)
rentewicz/ Schmidt (12)	++	++	++	++	++	++	+	++		++	++		++	++	++	++	++	++	++	31	3	202 (26)
opper (44)		++	++										+	+	+		+		++	7	8	(30)
aplan (115)	++	++	++							+				+	+					11	5	(4)
diavern (191)	++	++	++			++				++			+	++	+		++			11	5	(3)
olden (97)		++	++			++				++			+	++	++		++			17	4	(15)
riaa (329)		++	++			+				+			+	+	+		+			2	9	(6)
owe (173)						+			++				+	++	+		+			6	7	(10)
ullis (328)	++	++								++			+	++	+		+			4	9	(37)

Fortsetzung Tabelle 4, Ejaculatio deficiens

reay/Hayes (216)																				3	4	(10)
ieckson (87)			++											+						2	6	(7)
ann (181)										+				+						4	5	(10)
aplan (114)										+				+	+					5	4	(2)
asters/ Johnson (187)										++			+	+	+		+		++	10	10	790 (17)

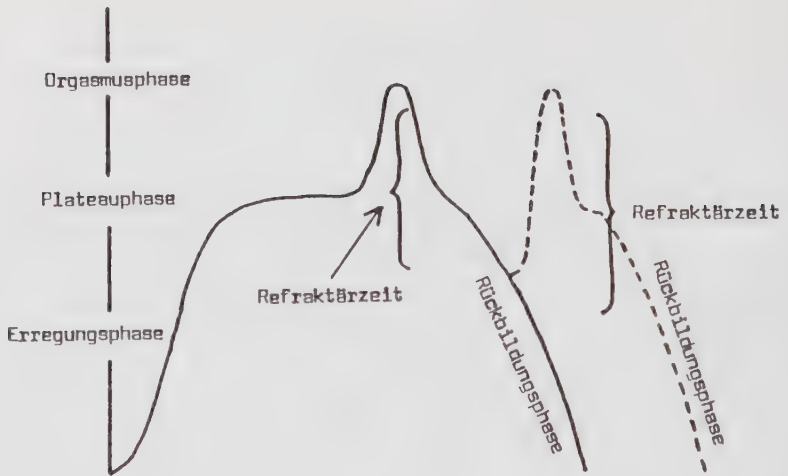


Fig. 1: Der sexuelle Reaktionszyklus des Mannes;
nach Masters/Johnson (1966), S. 20

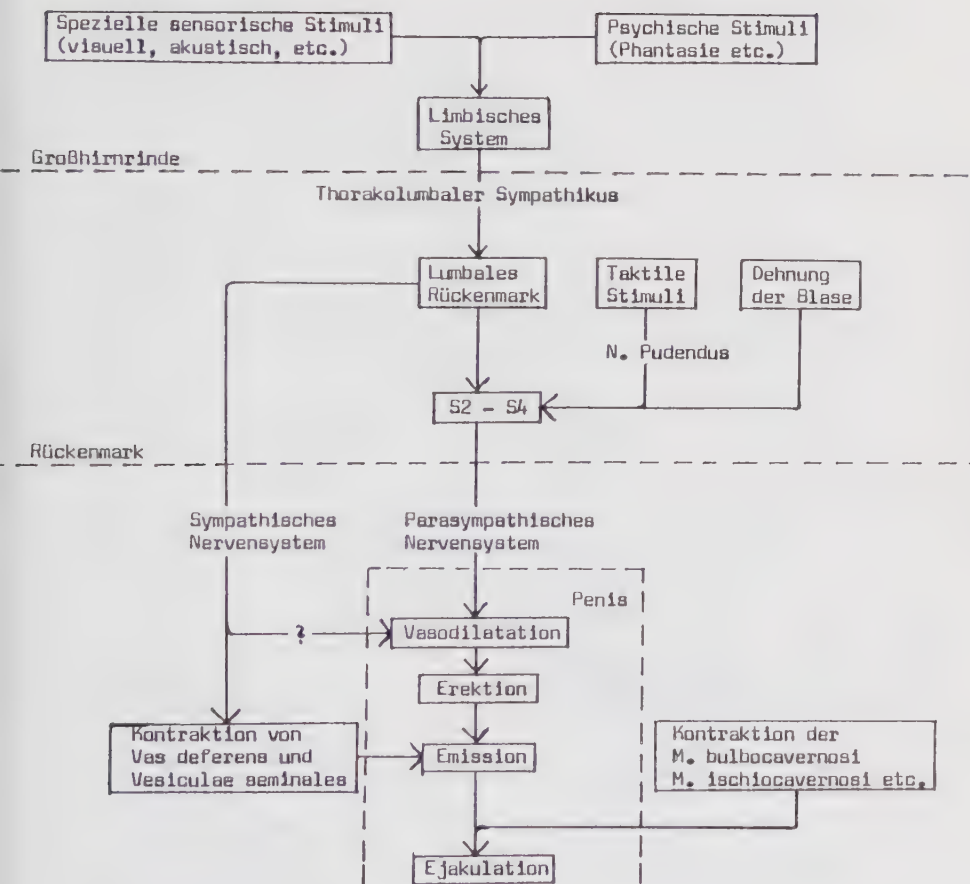
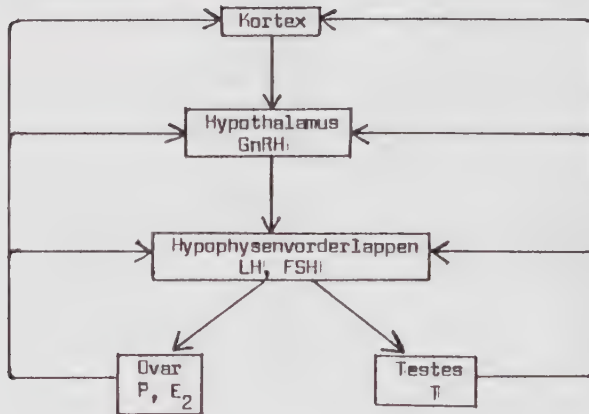


Fig. 2: Neurogene Mechanismen von Erektion und Ejakulation;
nach Federman (69), S. 157



GnRH: 'Gonadotropine Releasing Hormone'

LH: Luteinisierendes Hormon

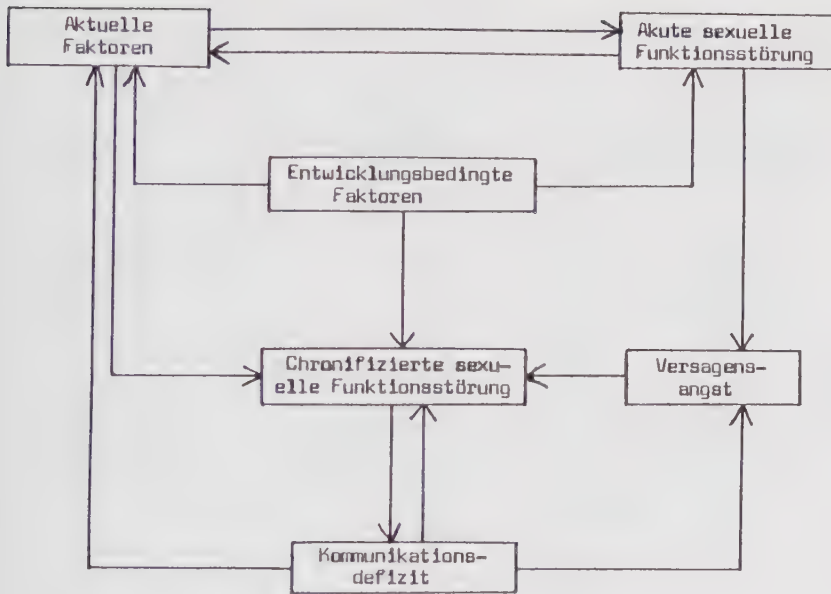
FSH: Follikel-stimulierendes Hormon

P: Progesteron

E₂: Östradiol

T: Testosteron

Fig. 3: Regelkreis der Sexualhormone;
nach Kockott (132), S. 22



Aktuelle Faktoren (*'Current Factors'*)

- A. Krankheit
- B. Operation
- C. Mangel an Wissen und Fertigkeiten
- D. Fehlinformationen bezgl. Sexualität
- E. Angst
- F. Depression

Entwicklungsbedingte Faktoren (*'Historical Factors'*)

- A. Psychologische Faktoren
 - 1. Strenge Religiosität
 - 2. Homosexualität
 - 3. Ablehnung des Partners
 - 4. Andere sexuelle Funktionsstörungen
- B. Eheprobleme
- C. Sexuelles Trauma

Hogan (109) weist darauf hin, daß die Unterscheidung zwischen *'current factors'* und *'historical factors'* immer willkürlich ist.

Fig. 4: Faktoren in der Ätiologie der sexuellen Funktionsstörung;
nach Hogan (109), S. 61

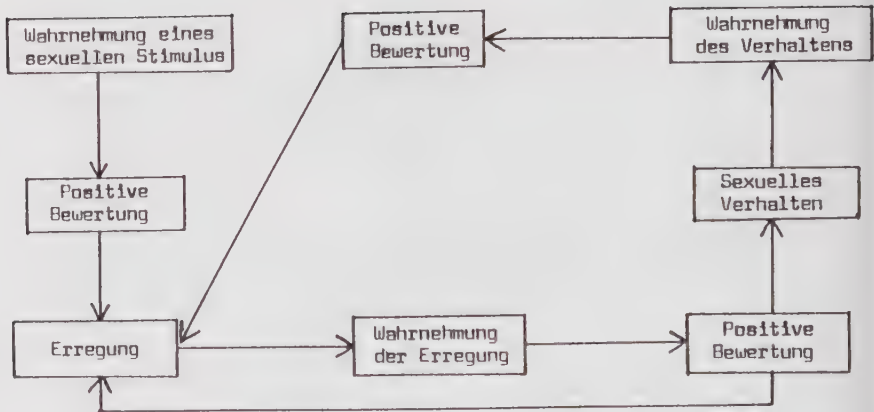


Fig. 5: Regelkreis der positiven sexuellen Erfahrung;
nach Walen (313), S. 89

Autorenregister; im Text untersuchte Studien zu Erektionsstörungen

	Seite
Albert (1)	131
Alexander (2)	88
Ansari (6)	108
Arentewicz/Schmidt (12)	117
Auerbach/Kilman (13)	114
Beigel (21)	89
Blakeney (27)	103
Brown (32)	90
Chesney (36)	131
Cooper (41)	91
Cooper (42)	92
Cooper (43)	93
Crasilneck (48)	89
Crowe (49)	110
Csillag (50)	132
David (51)	103
Everaerd (66)	130
Fabbri (67)	90
Friedman (85)	111
Hall (102)	89
Kaplan (114 - 116a)	133
Kockott (131)	112
Kratochvil (139)	104
Lansky/Davenport (143)	102
Leiblum (147)	127
Levine (156)	105
Levit (158)	89
Lobitz/Baker (164)	127
Lobitz/LoPiccolo (162)	102
Masters/Johnson (187)	93
Mathews (189)	109
Meyer (197)	105

Obler (213)	115
O'Connor (215)	90
Perreault (221)	107
Price (227)	128
Prochaska (228)	101
Reynolds (239)	132
Reynolds (241)	129
Zilbergeld (330)	126

Autorenregister; im Text untersuchte Studien zu Ejaculatio praecox

	Seite
Albert (1)	143
Arentewicz/Schmidt (12)	146
Blakeney (27)	146
Cooper (41)	143
Cooper (44)	148
David (51)	146
DeShazer (54)	148
Everaerd (66)	147
Friedman (85)	144
Golden (97)	151
Ince (111)	148
Kaplan (115)	149
Kratochvil (139)	146
Lansky/Davenport (143)	146
Leiblum (147)	147
Lobitz/LoPiccolo (162)	146
Lowe (173)	152
Masters/Johnson (187)	144
Mathews (189)	146
McGovern (191)	150
O'Connor (215)	143
Perreault (221)	146
Price (226)	151
Yulis (328)	153
Zeiss (329)	152
Zilbergeld (330)	148

Autorenregister; im Text untersuchte Studien zu Ejaculatio deficiens

	Seite
Blakeney (27)	161
Cooper (41)	160
David (51)	162
Delmonte (52)	164
Friedman (87)	162
Gagliardi (91)	163
Kaplan (114)	163
LoPiccolo (165)	163
Mann (181)	163
Masters/Johnson (187)	160
Ovesey/Meyers (216)	162
Razani (234)	164

Z U S A M M E N F A S S U N G

Im Hauptteil der vorliegenden Arbeit wird ein Überblick über die bis heute in der medizinischen und psychologischen Literatur berichteten Untersuchungen zur medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung sexueller Funktionsstörungen beim Mann gegeben. Dabei wird besonderer Wert auf die methodenkritische Prüfung dieser Behandlungsansätze gelegt; als Instrument dazu dient ein Kriterienkatalog.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden jeweils für die einzelnen in diese Arbeit einbezogenen sexuellen Funktionsstörungen beim Mann - Erektionsstörungen, Ejaculatio praecox, Ejaculatio deficiens - wiedergegeben. Darüberhinaus ermöglichen Tabellen eine Orientierung über die erhaltenen Resultate.

In einem vorangestellten allgemeinen Teil werden die Bedeutung und die Epidemiologie der sexuellen Funktionsstörungen diskutiert; weiter wird ein Überblick über die soziokulturellen Einflüsse auf das Sexualverhalten gegeben, wobei speziell auf Wesen und Erscheinung der Sexualnorm sowie auf den Begriff der 'Liberalisierung' eingegangen wird. In diesem Zusammenhang werden die Bedeutung und Rolle der Sexualwissenschaften sowie die Folgen der Tabuisierung von Sexualität und die Wahrnehmung sexueller Funktionsstörungen durch Patient, Partner und Arzt erörtert.

Der Orientierung über zentralnervöse Abläufe, Physiologie und Endokrinologie der Sexualfunktion beim Mann gilt ein weiterer Abschnitt.

Schließlich wird der Frage der Ätiologie sexueller Funktionsstörungen nachgegangen sowie ein Einblick in die wichtigsten Arbeits- und Therapiemodelle der Psychotherapie gegeben - dies unter besonderer Berücksichtigung ihrer Anwendung bei funktionellen Sexualstörungen.

In einer Zusammenfassung des Literaturüberblicks werden zum einen die bei der Überprüfung der einzelnen Kriterien erhaltenen Ergebnisse Punkt für Punkt dargestellt; zum anderen werden die Resultate auf der Grundlage der im allgemeinen Teil erarbeiteten Aspekte einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Vorschläge zur formalen und inhaltlichen Gestaltung künftiger Psychotherapie von funktionellen Sexualstörungen und Gedanken sowohl zu weiterführenden Aufgaben der Sexualmedizin als auch zur Prävention sexueller Funktionsstörungen bilden den Schluß dieser Arbeit.

LITERATURVERZEICHNIS

(Die verwandten Abkürzungen für Zeitschriftentitel entsprechen denen im INDEX MEDICUS; Ausnahmen: ASB = Archives of Sexual Behavior; JSMT = Journal of Sex and Marital Therapy)

- 1) Albert, H.D. et al.: Sexual Therapy for Patients without Partners;
Am J Psychother, Vol 34, No 2, Ap 1980, 228 - 39
- 2) Alexander, L. : Treatment of Impotency and Anorgasmia by Psychotherapy
aided by Hypnosis; Am J Clin Hypn, Vol 17, No 1, 1974, 33 - 9
- 3) Amelar, R.D. et al.: Male Infertility; Philadelphia, 1977
- 4) Amendt, G.: Empirie, Emanzipation und Sexualforschung; (in:
Schmidt, G. (259), S. 11 f.)
- 5) Ansari, J.M.: A Study of 65 Impotent Males;
Br J Psychiatr, 127, 337 -41, 1975
- 6) Ansari, J.M.: Impotence: Prognosis (a Controlled Study);
Br J Psychiatr, 128, 194 - 8, 1976
- 7) Apfelbaum, B.: On the Etiology of Sexual Dysfunction; JSMT, Vol 3, No 1,
1977, 50 - 62
- 8) Apfelbaum, B.: The Diagnosis and Treatment of Retarded Ejaculation;
(in: Leiblum/Pervin (149), S. 263 f.)
- 9) Arentewicz, G.: Verhaltenstherapie sexueller Funktionsstörungen: Er-
fahrungen mit 23 Paaren; (in: Schorsch/Schmidt (268), S.154f.)
- 10) Arentewicz, G.: Verhaltens- und Kommunikationstherapie bei Orgasmus-
störungen: Erfahrungen mit 73 Paaren; Hamburg, 1977
- 11) Arentewicz, G.: Therapie soziosexueller Ängste von Männern; SM 7, 1978
- 12) Arentewicz, G./Schmidt, G.: Sexuell gestörte Beziehungen - Konzept und
Technik der Paartherapie; Berlin, 1980
- 13) Auerbach, R.M./Kilman, P.R.: The Effects of Group Systematic Desensiti-
zation on Secondary Erectile Failure; Behav Ther 8, 330 - 39, 1977
- 14) Bailey, K.G.: Psychotherapy or Massage Parlor Technology ?;
J Cons Clin Psychol, 1978, 46 : 6, 1502 - 6
- 15) Balint, M.: Fünf Minuten pro Patient; Frankfurt, 1975
- 16) Bancroft, J.: Three Years' Experience in a Sexual Problems Clinic;
Brit Med J, 26 June 1976, 1575 - 7

- 17) Bancroft, J.: Treatment and Counseling for Sexual Problems;
(in: Money (202), S.1189f.)
- 18) Bancroft, J.: The Behavioral Approach to Treatment;
(in: Money (202), S.1197 f.)
- 19) Beach, F.A. (ed): Human Sexuality in four Perspectives;
Baltimore, London, 1976
- 20) Becker, N.: Psychoanalytische Ansätze bei der Therapie sexueller
Funktionsstörungen; SM 6, 1975, 368 - 73
- 21) Beigel, H.G.: The Hypnotherapeutic Approach to Male Impotence;
J Sex Res, Vol 7, No 3, 168 - 76, 1971
- 22) Benkert, O. et al.: Sexual Impotence: a Double-blind Study of LHRH
Nasal Spray vs. Placebo; Neuropsychobiol 1 : 203 - 10, 1975
- 23) Benkert, O.: Sexuelle Impotenz - Neuroendokrinologische und pharmako-
therapeutische Untersuchungen; Berlin, 1977
- 24) Benkert, O. et al.: Effects of Testosterone Undecanoate on Sexual
Potency and the Hypothalamic - Pituitary - Gonadal Axis of Impo-
tent Males; ASB , No 6, Vol 8, 1979
- 25) Beutler, L.E.: Sexual Attitudes of Psychogenic and Organic Impotence;
JSMT, Vol 6, No 3, 1980
- 26) Beutler, L.E./Gleason, D.M.: Integrating the Advances in the Diagnosis
and Treatment of Male Potency Disturbance;
J Urol, 1981, Sep 126(3), 338 - 41
- 27) Blakeney, P.: A Short-term, Intensive Workshop Approach for the Treat-
ment of Human Sexual Inadequacy; JSMT, Vol 2, No 2, 1976
- 28) Bohlen, J.G.: Sleep-Erection Monitoring in the Evaluation of Male
Erectile Failure; Urol Clin North Am, Vol 8, No 1, Feb 1981
- 29) Bräutigam, W.: Sexualmedizin im Grundriß; Stuttgart, 1977
- 30) Bramley, M.: Short-term Psychosomatic Treatment of Sexual Problems;
Br J Ven Dis, 1977, 53, 324 - 7
- 31) Brede, K.: Einführung in die psychosomatische Medizin; Frankfurt, 1974
- 32) Brown, J.M./Chaves, J.F.: Hypnosis in the Treatment of Sexual Dys-
function; JSMT, Vol 6, No 1, 1980
- 33) Buddeberg, C. et al.: Sexuelle Probleme in der Allgemeinpraxis;
Praxis, 1981, Nov 17, 70(47), 2129 - 35

- 34) Burnap, D./Golden, J.: Sexual Problems in Medical Practice;
J Med Educ, Vol 42, July, 1967
- 35) Casey, W.C.: Revascularization of Corpus Cavernosum for Erectile Failure; Urology, Aug. 1979, Vol. XIV, No 2
- 36) Chesney, A.P. et al.: The Impact of Sex Therapy on Sexual Behaviors and Marital Communication; JSMT, Vol 7, No 1, 1981
- 37) Clement, U.: Changes in Personality Scores Among Couples Subsequent to Sextherapy; JSMT, Vol 6, No 3, 1980
- 38) Clement, U.: Demontage der Meister? ; SM 7, 1981, 267 - 8
- 39) Cole, C.M. et al.: The Myth of Symptomatic vs. Asymptomatic Partners in the Conjoint Treatment of Sexual Dysfunction; JSMT, Vol 5, No 2, 1979
- 40) Cole, C.M.: Participants Reactions to Components of a Rapid-Treatment Workshop for Sexual Dysfunction; JSMT, Vol 6, No 1, 1980
- 41) Cooper, A.: A Factual Study of Male Potency Disorders;
Brit J Psychiatr, 114, 719 - 31, 1968
- 42) Cooper, A.J.: Disorders of Sexual Potency in the Male: A Clinical and Statistical Study of Some Factors Related to Short-term Prognosis; Brit J Psychiatr, 115, 709 - 19, 1969
- 43) Cooper, A.J.: Outpatient Treatment of Impotence;
J Nerv Ment Dis, 149 : 4, 1969, 360ff.
- 44) Cooper, A.J.: Clinical and Therapeutic Studies in Premature Ejaculation
Compr Psychiatr, Vol 10, No 4, 1969
- 45) Cooper, A.J.: The Causes and Management of Impotence;
Postgrad Med J 48; 1972, 548 - 56
- 46) Cooper, A.J.: A Blind Evaluation of a Penile Ring - a Sex Aid for Impotent Males; Brit J Psychiatr, 124, 402 - 6 , 1974
- 47) Cooper, A.J.: Treatment of Male Potency Disorders: The Present Status;
(in: LoPiccolo (167), S. 323f.)
- 48) Crasilneck, H.B. et al.: Clinical Hypnosis: Principles and Applications;
New York, 1975
- 49) Crowe, M.J. et al.: Form and Content in the Conjoint Treatment of Sexual Dysfunction: A Controlled Study;
Behav Res Ther, Vol 19, 47 - 54, 1981

- 50) Csillag, E.R.: Modification of Penile Erective Response;
J Behav Ther Exp Psychiat, 7, 27 - 9, 1976
- 51) David, J.R.: Interdisciplinary Treatment of Male Sexual Dysfunction
in a Military Health Care Setting; JSMT, Vol 4, No 1, 1978
- 52) Delmonte, M.: Treatment of Retarded Ejaculation with Psychotherapy
and Meditative Relaxation : a Case Report;
Psychol Rep, 47, 8 - 10, 1980
- 53) Derogatis, L.R. et al.: A Psychological Profile of the Sexual Dys-
functions; ASB, Vol 8, No 3, 201 - 23, 1979
- 54) DeShazer, S. : Brief Hypnotherapy of Two Sexual Dysfunctions: The
Crystal Ball Technique; Am J Clin Hypn, 1978 Jan 20(3): 203 - 8
- 55) Dickerson, M.: The Evolution of a Course in Human Sexuality Univer-
sity of Edinburgh, 1972 - 78; Med Educ, 1979, 13, 432 - 8
- 56) Dicks, R.: Countertransference as a Factor in Premature Termination
of Apparently Successful Cases; JSMT, Vol 5, No 1, 1979
- 57) Dicks, R./Strauss, D.: Adverse Reaction of the Apparently Healthy
Partner in Response to Improvement in the Overtly Dysfunctional
Partner; JSMT, Vol 6, No 2, 109 - 15, 1980
- 58) Dörner, K. : Soziologie II: Die sexuelle Partnerschaft in der Industrie-
gesellschaft; (in: Giese (93), S. 171 - 90)
- 59) Dörner, K./Plog, U.: Irren ist menschlich; Wunstorf/Hannover 1978
- 60) Dow, M.G.: Retarded Ejaculation as a Function of Non-Aversive Con-
ditioning and Discrimination: a Hypothesis;
JSMT, Vol 7, No 1, 1981
- 61) Eicher, W.: Interaktionsprobleme bei Orgasmusstörungen des Partners;
(in: Prakt. Sexualmedizin (225 b) , S.91f.)
- 62) Eicher, W.: Sexualmedizin in der Praxis; Stuttgart, 1980
- 63) Ellis, Albert : Rational-emotive Treatment of Impotence, Frigidity and
other Sexual Problems; Prof Psychol, 1971, 2, 346 - 9
- 64) Ellis, A.: The Rational-emotive Approach to Sex Therapy;
Cons Psychol, Vol 5, No 1, 1975
- 65) Evans, J. et al.: Effects of LHRH on Sexual Arousal in Normal Men;
ASB, Vol 8, No 5, 1979

- 66) Everaerd, W. et al.: Treatment of Homosexual and Heterosexual Sexual Dysfunction in Male-only Groups of Mixed Sexual Orientation; ASB, Vol 11, No 1, 1982
- 67) Fabbri, R. : Hypnosis and Behavior Therapy: A Coordinated Approach to the Treatment of Sexual Disorders; Am J Clin Hypn, Vol 19, No 1, Jul 1976
- 68) Farkas, G.M. et al.: Personality, Sexuality, and Demographic Differences between Volunteers and Non-Volunteers for a Laboratory Study of Male Sexual Behavior; ASB, Vol 7, No 6, 1978
- 69) Federman, D.D.: Impotence Etiology and Management ; Hosp Pract 1982, Mar 17 (3): 155 - 9
- 70) Ferner, H.: Lerntheoretische Ansätze; (in: Psychologie des 20. Jahrhunderts, (230))
- 71) Finney, R.P. et al: Finney Hinged Penile Implant: Experience with 100 Cases; The J Urol, Vol 124, Aug 1980, 205f.
- 72) Fischer, J./Gochros, H.L.: Handbook of Behavior Therapy with Sexual Problems; New York, 1977
- 73) Fischer, W. et al.: Normenprobleme in der Sexualpädagogik - Sexualpädagogik I; Heidelberg , 1971
- 74) Fisher, C. et al.: Evaluation of Nocturnal Penile Tumescence in the Differential Diagnosis of Sexual Impotence; Arch Gen Psychiatr, 36, Apr 1979, 431f.
- 75) Flowers, J.V.: Imagination Training in The Treatment of Sexual Dysfunction; Couns Psychol, 5: 50 - 1, 1975
- 76) Fordney-Settlage, D.S.: Heterosexual Dysfunction: Evaluation of Treatment Procedures; ASB, Vol 4, 1975, 367 - 87
- 77) Foster, A.: Changes in Marital Sexual Relationships Following Treatment for Sexual Dysfunction; JSMT, Vol 4, No 3, 1978, 186 - 97
- 78) Frank, E. et al.: Frequency of Sexual Dysfunction in "Normal" Couples; N Engl J Med 299: 111 - 115, 1978
- 79) Freedman, A.M./Kaplan, H.I./Sadock, B.J.: Comprehensive Textbook of Psychiatry; Baltimore, 1975
- 80) Freud, S.: Gesammelte Werke; Bd VII; Frankfurt, 1941
- 81) Frick, V.: Kommunikationstherapie; (in: PSM, (225 a), S.68f.)
- 82) Frick-Bruder, V.: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie; Z. Allg. Med 55: 4222 - 4228

- 83) Fricke, S./Klotz, M./Paulich, P.: Sexualerziehung in der Praxis;
Köln, 1980
- 84) Fricker, R./Lerch, J.: Zur Theorie der Sexualität und der Sexual-
erziehung; Weinheim, Basel, 1976
- 85) Friedman, D.: The Treatment of Impotence by Brietal Relaxation Therapy;
Behav Res Ther 1968, Vol 6, 257f.
- 86) Friedman, D. et al.: Treatment of Phobic Anxiety and Psychogenic Impo-
tence by Systematic Desensitization Employing Methohexitone-induced
relaxation; Br J Psychiatr, 1971, 115, 87 - 90
- 87) Friedman, D.: Success Phobia and Retarded Ejaculation
Am J Psychother, 1973, 27: 78 - 84
- 88) Friedman, H.J.: An Interpersonal Aspect of Psychogenic Impotence;
Am J Psychother, 1973, 27: 421 - 9
- 89) Friedrichs, J.: Zur Sexualmoral in der BRD; Frankfurter Hefte, 26,
2, Feb 1971
- 90) Furlow, W.L.: Use of the Inflatable Penile Prothesis in Erectile Dys-
function; Urol Clin North Am, Vol 8, No 1, Feb 1981
- 91) Gagliardi, F.A.: Ejaculatio Retarda - Conventional Psychotherapy and
Sex Therapy in a Severe Obsessive-compulsive Disorder;
Am J Psychother, 1976, 30, 85 - 94
- 92) Gaur, D.D.: Single Implants in the Treatment of Erectile Impotence;
J Urol, 1981 Dec; 126(6), 745 - 6
- 93) Giese, H.: Die Sexualität des Menschen; Stuttgart, 1971
- 94) Godec, C.J. et al.: Impotence - Evaluation and Treatment;
Minn Med, 1981 Jul; 64(7), 405f.
- 95) Godec, C.J. et al.: Quantification of Erection; J Urol 1981 Sep,
126(3), 345 - 7
- 96) Göllner, R. et al.: Bemerkungen zu Verlaufs- und Erfolgskontrollen;
(in: Psychologie des 20. Jahrhunderts (230)), S.1003f.)
- 97) Golden, J.: Group vs. Couple Treatment of Sexual Dysfunctions;
ASB, Vol 7, No 6, 1978, 593f.
- 98) Goodman, R.E. et al.: An Assessment of Clomipramine (Anafranil) in
the Treatment of Premature Ejaculation;
J Int Med Res 1980, 8, Suppl (3), 53

- 99) Graber, B.: Research Criteria for Male Erectile Failure;
JSMT, Vol 7, No 1, 1981, 37f.
- 100) Haeberle, E.J.: Therapeutischer Fortschritt und terminologischer
Rückstand in der Behandlung von Sexualproblemen;
Mitteil d. Gesellsch. für prakt. Sexualmed., Nr 1, 1981, 8.4f.
- 101) Hahn, P.: Interdisziplinarität und psychosomatische Medizin;
(in: Psychologie des 20. Jahrhunderts (230), S. 292f.
- 102) Hall, J.A.: Hypnotherapy in the Treatment of Sexual Dysfunction;
Tex Med, Vol 74, March 1978, 45f.
- 103) Hartman, W.E./ Fithian, M.A.: Treatment of Sexual Dysfunction: A
Bio-psycho-social Approach; Long Beach, 1972
- 104) Hatch, J.P.: Voluntary Control of Sexual Responding in Men and Women:
Implications for the Etiology and Treatment of Sexual Dysfunctions;
Biofeedback and Self-Reg., Vol 6, No 2, 1981
- 105) Hatch, J.P.: Psychophysiological Aspects of Sexual Dysfunction;
ASB, Vol 10, No 1, 1981
- 106) Hehl, F.J.: Testpsychologische Methoden; (in: Psychologie des
20. Jahrhunderts (230), S. 71)
- 107) Heiman, J.: Use of Psychophysiology in the Assessment and Treatment
of Sexual Dysfunction; (in: LoPiccolo (167), S. 123f.)
- 108) Hoch, Z. et al.: An Evaluation of Sexual Performance - Comparison
between Sexually Dysfunctional and Functional Couples;
JSMT, Vol 7, No 3, 1981, 195f.
- 109) Hogan, D.R.: The Effectiveness of Sex Therapy;
(in: LoPiccolo (167), S. 57f.)
- 110) Hott, L.R.: Psychoanalytic Principles in Sex Therapy;
Am J Psychoanal 1978, 38: 49 - 56
- 111) Ince, L.P.: Behavior Modification of Sexual Disorders;
Am J Psychother, 27: 446 - 51, 1973
- 112) Janda, L. et al.: Development of a Sex Anxiety Inventory;
J Cons Clin Psych, 1980, Vol 48, No 2, 169 - 175
- 113) Kaplan, H.S. et al.: Adverse Reactions to the Treatment of Sexual
Problems: Psychosomatics 13 (1972), 185 - 90

- 114) Kaplan, H.S.: The new Sex Therapy; London, 1974
- 114 a) Kaplan, H.S.: The Illustrated Manual of Sex Therapy; New York, 1975
- 114 b) Kaplan, H.S.: Sexualtherapie; Stuttgart, 1979; (Übersetzung von (114 a) von Langer, D.)
- 115) Kaplan, H.S. et al.: Group Treatment of Premature Ejaculation; (in: LoPiccolo (167), S. 277f.)
- 116) Kaplan, H.S.: Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy; New York, 1979
- 116 a) Kaplan, H.S.: Hemmungen der Lust; Stuttgart, 1981; (Übersetzung von (116) von Langer, D.)
- 117) Karacan, J. et al.: Nocturnal Erections Differential Diagnosis of Impotence, and Diabetes; Biolog Psychiatr, Vol 12, No 3, 1977, 373f.
- 118) Karacan, J.: Advances in the Psychophysiological Evaluation of Male Erectile Impotence; (in: LoPiccolo (167), S. 137f.)
- 119) Karacan, J.: Nocturnal Penile Tumescence as a Biological Marker in Assessing Erectile Dysfunction; Psychosomatics, 1982, Apr 23(4): 349f.
- 120) Kelami, A.: Die heutige Behandlung der erektilen Impotenz; (in: PSM, (225 a), S. 79f.)
- 121) Kemper, W.W.: Die funktionellen Sexualstörungen; München, 1974
- 122) Kentler, H.: Kritik der gegenwärtigen Sexualerziehung; (in: Schmidt, G. (259), S. 23f.)
- 123) Kerscher, K.H. et al.: Lernziele emanzipatorischer Sexualpädagogik; SM 7, 1976, 498f.
- 124) Kerstein, M.D.: Diagnostic Value of Penile Blood Pressure; Am Surg 1982 Jun; 48(6): 271 - 2
- 125) Kessler, R.: Surgical Experience with the Inflatable Penile Prosthesis; The J Urol, Vol 124, Nov 1980, 615f.
- 126) Kessler, R.: Complications of Inflatable Penile Prosthesis; Urology, 1981 Nov; 18(5): 470 - 2
- 127) Kilman, P.R.: Treatment of Premature Ejaculation and Psychogenic Impotence: a Critical Review of the Literature; ASB, Vol 8, No 1, 1979, 81f.
- 128) Kilman, P.R.: Sex Education: a Review of its Effects; ASB, Vol 10, No 2, 1981, 177f.

- 129) Kinder, B. et al.: Treatment of Sexual Dysfunction: a Review of Outcome Studies; J Clin Psych, Apr 1977, Vol 33, No 2, 523f.
- 130) Kinsey, A.C. et al.: Das sexuelle Verhalten des Mannes; Frankfurt, 1970
- 131) Kockott, G. et al.: Systematische Desensibilisierung bei Erektionsstörungen; Schweizer Arch Neurol Neurochir Psychiatr, 113 (1973), 2, 313
- 132) Kockott, G.: Sexuelle Störungen. Verhaltensanalyse und -modifikation; München, 1977
- 133) Kockott, G.: Verhaltenstherapie bei sexuellen Störungen; (in: Eicher, W. (62), 453 - 94)
- 134) Kockott, G.: Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes; Stuttgart, 1981
- 135) Kolodny, R.C.: Ethical Issues in the Prevention of Sexual Problems; (in: Qualls (232), 187f.)
- 136) Kraft, T. et al.: The Use of Methohexitone Sodium in the Systematic Desensibilization of Premature Ejaculation; Brit J Psychiatr, 1968, 114, 351 - 2
- 137) Kraiker, C.: Handbuch der Verhaltenstherapie; München, 1974
- 138) Krane, R.J./ Sirpky, M.: Neurophysiology of Erektion; Urol Clin North Am, Vol 8, No 1, Feb 1981
- 139) Kratochvil, S.: Sex Therapy in an In-Patient and Out-Patient Setting; JSMT, Vol 6, No 2, 1980, 135f.
- 140) Krause, W.: The Effect of i.v. Administered Human Chorionic Gonadotropin on Plasma Testosterone in Patients with Sexual Impotence and Oligozoospermia; Int J Androl, 3(1980), 251 - 5
- 141) Krause, W.: Pharmakologische Sexualtherapie; SM 11, 1981, 430f.
- 142) Kuriansky, J.B.: Guidelines for Evaluating Sex Therapy; JSMT, Vol 2, No 4, 1976
- 143) Lansky, M.R. et al.: Difficulties in Brief Conjoint Treatment of Sexual Dysfunction; AM J Psychiatr, 132; 2, Feb 1975, 177f.
- 144) Last, G.: Sexuelle Störungen; Ther Ggw 1981, 120(5): 399 - 421
- 145) Lazerus, A.: Overcoming Sexual Inadequacy (in: LoPiccolo, (167), 19f.
- 146) Legewie, H./ Nusselt, L.: Biofeedback-Therapie. Lernmethoden in der Psychosomatik, Neuromlogie und Rehabilitation. Fortschritte der klinischen Psychologie 6. München, 1975

- 147) Leiblum, S. et al.: Group Treatment Format: Mixed Sexual Dysfunctions; ASB, Vol 5, No 4, 1976, 313f.
- 148) Leiblum, S. et al.: The Weekend Workshop for Dysfunctional Couples: Assets and Limitations; JSMT, Vol 5, No 1, 1979, 57f.
- 149) Leiblum, S./Pervin, L.A.: Principles and Practice of Sex Therapy; New York, 1980
- 150) Lesnenko, W.N.: Vergleichende Katamnese von Kranken mit funktioneller Impotenz, die mit aufklärender Individual- und Gruppenpsychotherapie behandelt wurden; Psychiatr Neurol med Psychol, 19: 215 - 18, 1967
- 151) Levay, A. et al.: Recent Advances in Sex Therapy: Integration with Dynamic Therapies; Psych Quart, Vol 50(1), 1978
- 152) Levay, A.: Issues of Transference in Sex Therapy; JSMT, Vol 5, No 1, 1979, 15f.
- 153) Levay, A.: The Role of Dreams in Sex Therapy; JSMT, Vol 5, No 4, 1979
- 154) Levine, S.: Premature Ejaculation: Some Thoughts About its Pathogenesis; JSMT, Vol 1, No 4, 1975, 326f.
- 155) Levine, S.: Current Problems in the Diagnosis and Treatment of Psychological Impotence; JSMT, Vol 3, No 3, 1977, 177f.
- 156) Levine, S.: The Effectiveness of Sex Therapy for Chronic Secondary Psychological Impotence; JSMT, Vol 4, No 4, 1978, 235f.
- 157) Levine, S.: Conceptual Suggestions for Outcome Research in Sex Therapy; JSMT, Vol 6, No 2, 1980, 102f.
- 158) Levit, H.I.: Marital Crisis Intervention: Hypnosis in Impotence/Frigidity Cases; Am J Clin Hypn, 14: 56 - 60, 1971
- 159) Levitt, N.S.: Synthetic LHRH in Impotent Male Diabetics; S Afr Med J, 1980 Apr 26; 57(17); 701 - 4
- 160) Libby, R.W.: Today's Changing Sexual Mores; (In: Money (202))
- 161) Lief, H.I.: Sex Education in Medicine; New York, 1976
- 162) Lobitz, W.C./LoPiccolo, J.: New Methods in the Behavioral Treatment of Sexual Dysfunction; J Behav Ther Exp Psychiatr 3(1972), 265f.
- 163) Lobitz, W.C. et al.: Clinical Assessment in the Treatment of Sexual Dysfunctions; (In: LoPiccolo (167), 85f.)

- 164) Lobitz, W.C. et al.: Group Treatment of Single Males with Erectile Dysfunction; ASB, Vol 8, No 2, 1979, 127f.
- 165) LoPiccolo, J. et al.: Treatment of Erectile Failure and Ejaculatory Incompetence of Homosexual Etiology; J Behav Ther Exp Psychiatr 3, 233 - 36, 1972
- 166) LoPiccolo, J.: Direct Treatment of Sexual Dysfunction in the Couple; (in: Money (202), 1227f.)
- 167) LoPiccolo, J./LoPiccolo, L.: Handbook of Sex Therapy; New York, 1978
- 168) LoPiccolo, J.: The Professionalization of Sex Therapy: Issues and Problems; (in: LoPiccolo (167), 511f.)
- 169) LoPiccolo, J. et al.: Sexual Assessment and History Interview; (in: LoPiccolo (167), 103f.)
- 170) LoPiccolo, J. et al.: The Role of Cultural Values in the Prevention and Treatment of Sexual Problems; (in: Qualls (232), 44f.)
- 171) LoPiccolo, L.: Low Sexual Desire; (in: Leiblum/Pervin (149), 29f.)
- 172) Lord, D.J.: Psychodynamics in Sexual Dysfunction; Med J Australia, Jul 14, 2(1), 1979
- 173) Lowe, J.C.: Use of Written Material in Learning Self-Control of Premature Ejaculation; (in: LoPiccolo (202), 271f.)
- 174) Lunglmayr, G.: Androgenbehandlung der Impotentia Coeundi alternder Männer; Wien Klin Wochenschr, 92: 7, März 1980, 243f.
- 175) MacLean, P.D./ Ploog, D.M.: Cerebral Representation of Penile Erection; J Neurophysiol 29 - 55, 1952
- 176) Malan, D.H.: Psychoanalytische Kurztherapie; Reinbek, 1972
- 177) Malinowsky, B.: Geschlecht und Gesellschaft in primitiven Gesellschaften; Hamburg, 1962
- 178) Mandel, K.H./Mandel, A.: Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie; München, 1971
- 179) Mandel, K.H. et al.: Einübung der Liebesfähigkeit - Praxis der Kommunikationstherapie für Paare; München, 1975
- 180) Mandel, K.H.: Der andere Weg; SM 10, 1978, 815f.

- 181) Mann, J.: Retarded Ejaculation and Treatment; (in: Gemme, R./ Wheeler, G. (eds): Progress in Sexology, New York, 1977, S. 197 - 205)
- 182) Marcotte, D.B./ Logan, C.: Medical Sex Education: Allowing Attitude Alteration; ASB, Vol 6, No 2, 1977, 155f.
- 183) Marshall, P. et al.: Differentiation of Organic and Psychogenic Impotence on the Basis of MMPI Decision Rules; J Cons Clin Psychol, 1980, Vol 48, No 3, 407 - 8
- 184) Marshall, P. et al.: The Role of Nocturnal Penile Tumescence in Differentiating between Organic and Psychogenic Impotence: The First Stage of Validation; ASB, Vol 10, No 1, 1981, 1f.
- 185) Marshall, P.: Unreliability of Nocturnal Penile Tumescence Recording and MMPI Profiles in Assessment of Impotence; Urology Feb 1981, Vol XVII, No 2, 136f.
- 186) Masters, W.H./Johnson, V.E.: Die sexuelle Reaktion; Frankfurt, 1967
- 187) Masters, W.H./Johnson, V.E.: Anorgasmie und Impotenz, Frankfurt, 1973
- 188) Masters, W.H. et al.: Ethical Issues in Sex Therapy and Research; Boston, 1977
- 189) Mathews, A. et al.: The Behavioral Treatment of Sexual Inadequacy: a Comparative Study; Behav Res Ther 14(1976), 427 - 36
- 190) McCarthy, B.W.: Strategies and Techniques for the Reduction of Sexual Anxiety; JSMT, Vol 3, No 4, 1977, 243f.
- 191) McGovern, K.B. et al.: A Behavioral Group Treatment Program for Sexually Dysfunctional Couples; (in: LoPiccolo (1977), 459f.)
- 192) McWhirter, D.P. et al.: The Treatment of Sexual Dysfunction in gay Male Couples; JSMT, Vol 4, No 2, 1978, 213 - 18
- 193) Mears, E.: Sexual Problem Clinics; Publ Health, 92, 1978, 218 - 23
- 194) Mechler, H.J. et al.: Schülersexualität und Sexualerziehung; München, 1977
- 195) Melman, A. et al.: Alteration of the Penile Corpora in Patients with Erectile Impotence; Invest Urol, 17:6, 1980, 474f.
- 196) Metz, P. et al.: Penile Circumference and Erection; Urology 1981, Sep, 18(3): 268 - 70

- 197) Meyer, J.K.: Short-term Treatment of Sexual Problems: Interim Report;
Am J Psychiatr 132, 2, Feb 1975, 172 - 6
- 198) Meyer, J.K.: Clinical Management of Sexual Disorders; Baltimore, 1976
- 199) Michal, V. et al.: Vascular Surgery in the Treatment of Impotence;
its Present Possibilities and Prospects;
Czechoslovak Med, 3, 1980, No 3, 213f.
- 200) Miller, J.B.: Serum Prolactin In Organic and Psychogenic Impotence;
J Urol 1980 Jun, 123(6), 862 - 4
- 201) Molinski, H.: (in: Mitteilungen der Gesellschaft für Praktische
Sexualmedizin, Nr 1, 1981, 1. Jahrg., 2 - 3; "Eröffnungsansprache")
- 202) Money, J./Musaph, H.: Handbook of Sexology; Amsterdam, London, 1977
- 203) Montague, D. et al.: Diagnostic Evaluation, Classification, and
Treatment of Men with Sexual Dysfunction;
Urology, 1979, Vol XIV, No 6, 545f.
- 204) Montague, D.: Clinical Evaluation of Impotence;
Urol Clin North Am, Vol 8, No 1, Feb 1981, 103f.
- 205) Morgan, R.J./Pryor, J.P.: The Investigation of Organic Impotence;
Brit J Urol, 1980, 52, 571 - 74
- 206) Müller, R.: Sex Education; (in: Money (202), 297f.)
- 207) Munjack, D.: Resistance in the Behavioral Treatment of Sexual Dys-
function; JSMT, Vol 4, No 2, 1978, 122f.
- 208) Munjack, D. et al.: Ejaculatory Disorders: Some psychometric Data;
Psychol Rep, 42, 1978, 783f.
- 209) Munjack, D. et al.: Retarded Ejaculation: A Review;
ASB, Vol 8, No 2, 1979, 139f.
- 210) Munjack, D. et al.: Psychological Characteristics of Males with
Secondary Erectile Failure; ASB, Vol 10, No 2, 1981, 123f.
- 211) Narayana, A.S. et al.: Penile Prostheses for the Treatment of Im-
potence; Brit J Urol, 1980, 52, 575 - 78
- 212) Newell, A.: A Case of Ejaculatory Incompetence Treated with a Mechanical
Aid; (in: LoPiccolo (167), 291f.)
- 213) Obler, M.: Systematic Desensitization in Sexual Disorders;
J Behav Ther Exp Psychiatr, 1973, 4, 93 - 101

- 214) O'Connor, J.F./Stern, L.O.: Developmental Factors in Functional Sexual Disorders; NY State J Med, Jul 15, 1972
- 215) O'Connor, J.F./Stern, L.O.: Results of Treatment in Functional Sexual Disorders; NY State Med, Aug 1, 1972, 1927f.
- 216) Ovesey, L./Meyers, H.: Retarded Ejaculation; Am J Psychother, 22, 1968, 185f.
- 217) Pacharzina, K.: Sexualmedizin in der Allgemeinpraxis; SM, 8/9/10, 1975
- 218) Pauly, I.B. et al.: Physicians' Perception of Their Education in Human Sexuality; J Med Educ, Vol 45, Oct 1970
- 219) Perelman, M.A.: Treatment of Premature Ejaculation; (in: Leiblum/Pervin (149), 199f.)
- 220) Perlman, D. et al.: Cross-cultural Analysis of Students' Sexual Standards; ASB, Vol 7, No 6, 1978, 545 - 557
- 221) Perreault, R. et al.: The Directive Sex Therapies in Psychiatric Outpatient Settings; Can J Psychiatr, Vol 24, No 1, 1979, 45f.
- 222) Präßlin, F. /Clement, U.: Sexualstörungen; (in: Baumann, U. et al.: Klinische Psychologie -Trends in Forschung und Praxis; Bern, 1981)
- 223) Pirke, K.M.: Endokrinologie der sexuellen Reaktion; (in: PSM, (225 a), S. 18f.)
- 224) Pirke, K.M. et al.: Pituitary Gonadal System Function in Patients with Erectile Impotence and Premature Ejaculation; ASB, Vol 8, No 1, 1979, 41f.
- 225) Praktische Sexualmedizin; Referate und Diskussionen der Fortbildungstage für praktische Sexualmedizin; Eicher, W./Vogt, H.J. (Hrsg.)
225 a) Wiesbaden, 1977
225 b) Wiesbaden, 1978
225 c) Wiesbaden, 1981
- 226) Price, S.: Structured Group Treatment of Couples Experiencing Sexual Dysfunction; JSMT, Vol 6, No 4, 1980, 247f.
- 227) Price, S. et al.: Group Treatment of Erectile Dysfunction for Men without Partners: a Controlled Evaluation; ASB, Vol 10, No 3, 1981, 253f.

- 228) Prochaska, J.O. et al.: Modification of the Masters/Johnson Approach to Sexual Problems; Psychother: Theory, Res Pract, 10(4), 1973, 294f.
- 229) Pryor, J.P.: Surgery of Male Sexual Disorders; (in: Aspects of Sexual Medicine, London, 1976, 80f.)
- 230) Psychologie des 20. Jahrhunderts; Band IX - Ergebnisse für die Medizin - Psychoomatik; Hahn, P. (Hrsg.); Zürich, 1979
- 231) Quadland, M.C.: Private Self-consciousness, Attribution of Responsibility, and Perfectionistic Thinking in Secondary Erectile Dysfunction; JSMT, Vol 6, No 1, 1980, 47f.
- 232) Quells, C.B.: The Prevention of Sexual Disorders: an Overview; New York, 1978
- 233) Raboch, J. et al.: Mechanismen des Versagens; SM 4, 1977, 289f.
- 234) Razani, J.: Ejaculatory Incompetence treated by Deconditioning Anxiety; J Behav Ther Exp Psychiatr, Vol 3, 1972, 65 - 7
- 235) Reckless, J./Geiger : Impotence as a Practical Problem (in: LoPiccolo, (167), 295f.)
- 236) Reich, Wilhelm: Die sexuelle Revolution; Frankfurt, 1966
- 237) Reiche, R.: Kritik der gegenwärtigen Sexualwissenschaft; (in: Schmidt, G. (259), S. 1f.)
- 238) Reynolds, B.: Psychological Treatment Models and Outcome Results for Erectile Dysfunction: a Critical Review; Psychol Bull, 1977, 84 (6), 1218 - 38
- 239) Reynolds, B.: Biofeedback and Facilitation of Erection in Men with Erectile Dysfunction; ASB, Vol 9, No 2, 1980, 101 - 13
- 240) Reynolds, B.: Erectile Dysfunction: a Review of Behavioral Treatment Approaches (in: Daitzman, R.J.: Clinical Behavior Therapy and Behavior Modification; Vol II; New York, 1981)
- 241) Reynolds, B. et al.: Dating Skills Training in the Group Treatment of Erectile Dysfunction for Men without Partners; JSMT, Vol 7, No 3, 1981, 184f.
- 242) Richter, H.E.: Der Gotteskomplex; Reinbek, 1979
- 243) Richter, H.E.: Sexualität und Partnerschaft; (in: PSM (225 c))

- 244) Rieber, I.: Die chirurgische Implantation von Penisprothesen bei Männern mit Erektionsstörungen; (in: Sigusch, V. (286), 1977f.)
- 245) Rogers, C.: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie; München, 1976
- 246) Rosen, R.C.: Genital Blood Flow Measurement: Feedback Applications in Sex Therapy; JSMT, Vol 2, No 3, 1976, 184f.
- 247) Sadock, V. et al.: Comprehensive Sex Therapy Training: a New Approach; Am J Psychiatr, 132, 1975, 858 - 60
- 248) Sadock, V./Kaplan, H.I./Freedman, A.: The Sexual Experience; Baltimore, 1976
- 249) Safir, M. et al.: Couple Interactional Classification of Sexual Dysfunction - a New Theoretical Conceptualization; JSMT, Vol 6, No 2, 1980, 129f.
- 250) Schellen, T.: Induction of Ejaculation by Electro-vibration; Fertil Steril, 19(4): 566 - 9, 1968
- 251) Schelsky, H.: Soziologie der Sexualität ; Hamburg, 1955
- 252) Schenk, J. et al.: Ehefrauen und Ehemänner; SM 1, 1982
- 253) Scheuer, A./ Schairer, U.: Diagnostik der sexuellen Funktionsstörung des Mannes; Dt Med Wochens, 1980, 105 (4), 108f.
- 254) Schiavi, R. et al.: The Assessment of Sexual Function and Marital Interaction; JSMT, Vol 5, No 3, 1979, 169f.
- 255) Schiavi, R.: Psychological Treatment of Erectile Disorders in Diabetic Patients; Ann Int Med, 1980, 92(2), 337 - 9
- 256) Schilling, A./Rattenhuber: Erectile Impotence, Organic Causes and Diagnosis; Fortschr Med 1980, 98(43), 1690 - 6
- 257) Schirren, C.: Sexualmedizin - integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit; MMW, 122(15), 1980
- 258) Schmid, P.: Katamnestische Untersuchung zur Überprüfung der Güte von Diagnostikmethoden und Therapieerfolgsangaben bei der Therapie funktioneller Sexualstörungen; Diplom-Arbeit in Psychologie; München, 1976
- 259) Schmidt, G.: Tendenzen der Sexualforschung; Stuttgart, 1970
- 260) Schmidt, G.: Youth and Sex - Introduction, Sociohistorical Perspectives; (in: Money (202), 269f.

- 261) Schmidt, G. Sex and Society in the 80s; ASB, Vol 11, No 2, 1982
- 262) Schmidt, G./Sigusch, V.: Arbeiter - Sexualität; Neuwied, 1971
- 263) Schmidt, L.R./Kessler, B.H.: Anamnese. Methodische Probleme; Weinheim, Basel, 1976
- 264) Schnabl, S.: Intimverhalten, Sexualstörung, Persönlichkeit; Berlin, 1973
- 265) Schnarch, S.: Impact of Sex Education on Medical Students' Projections of Patients' Attitudes; JSMT, Vol 7, No 2, 1981, 141f.
- 266) Schoof-Tams, K.: Wesentliche Elemente der Gesprächspsychotherapie und ihre Bedeutung für die Behandlung sexueller Funktionsstörungen; (in: Sigusch, V. (287 a), S. 90)
- 267) Schoof, W.: Ein Jahr sexologische Poliklinik; (in: Schorsch/Schmidt: (268), 123f.
- 268) Schorsch, E./Schmidt, G.: Ergebnisse zur Sexualforschung; Köln, 1975
- 269) Schorsch, E. et al.: Zur Versorgung von Patienten mit sexuellen Störungen; SM 7, 1977, 585f.
- 270) Schover, L. et al.: Multiaxial Problem-oriented System for Sexual Dysfunctions; Arch Gen Psychiatr, Vol 39, 1982, No 5, 614f.
- 271) Schwartz, M. et al.: Plasma Testosterone Levels of Sexually Functional and Dysfunctional Men; ASB, Vol 9, No 5, 1980, 355f.
- 272) Scott, F.B. et al.: Erectile Impotence Treated with an Implantable, Inflatable Prosthesis; JAMA, 1979, 241(24), 2609f.
- 273) Sederer, L.I. et al.: A Family Myth: Sex Therapy gone awry; Fam Process, 1979, 18(3): 315 - 21
- 274) Segraves, R.T.: Pharmacological Agents Causing Sexual Dysfunctions; JSMT, Vol 3, No 3, 1977, 157f.
- 275) Segraves, R.T.: Characteristics of Erectile Dysfunction as a Function of Medical Care System Entry Point; Psychosom Med, Vol 43, No 3, 1981, 227f.
- 276) Semans, J.H.: Premature Ejaculation: a New Approach; Sth Med J, 49, 1956, 353 - 57
- 277) Serber, M.: Videotape Feedback in the Treatment of Couples with Sexual Dysfunction; ASB, Vol 3, No 4, 1974, 377f.

- 278) Sewell, H. et al.: Flexibility, Persistence, and Success in Sex Therapy; ASB, Vol 8, No 6, 1979, 497f.
- 279) Sharlip, I.O.: Penile Revascularization in the Treatment of Impotence; West J Med, 134: 206 - 11, Mar 1981
- 280) Sharpe, L. et al.: A Preliminary Classification of Human Functional Sexual Disorders; JSMT, Vol 2, No 2, 1976, 106f.
- 281) Shull, G.R. et al.: Retarded Ejaculation: Reconceptualization and Implications for Treatment; JSMT, Vol 6, No 4, 1980, 234f.
- 282) Sigusch, V./Schmidt, G.: Jugendsexualität; Stuttgart, 1973
- 283) Sigusch, V./Meyenburg, B.: Sexualberatung und Sexualtherapie in der BRD; Med Welt, 25 (1974), 711 - 15
- 284) Sigusch, V.: Welche Bedeutung haben Untersuchungen über Sexualmoral und -verhalten für die ärztliche Praxis? (in: PSM (225 a), 219f.)
- 285) Sigusch, V./Maack, T.: Ejakulationsstörungen; SM 5, 1976, 23f.
- 286) Sigusch, V. (Hrsg.): Sexualität und Medizin; Köln, 1979
- 287) Sigusch, V.: Therapie sexueller Störungen;
287 a) Stuttgart 1975
287 b) Stuttgart 1980
- 288) Sigusch, V.: Was heißt Sexualtherapie? Eine Kritik am Furor sanandi; SM 6, 1981, 208f.
- 289) Smith, A.O.: Causes and Classification of Impotence; Urol Clin North Am, Vol 8, No 1, Feb 1981
- 290) Sollod, R.N.: Behavioral and Psychodynamic Dimensions of the New Sex Therapy; JSMT, Vol 1, No 4, 1975, 335f.
- 291) Sotile, W.: The Penile Prosthesis: a Review; JSMT, Vol 5, No 2, 1979, 90f.
- 292) Spengler, A.: Penisprothesen; MMW 1980, Apr 11, 560f.
- 293) Springer-Kremser, M.: Sexualtherapie, Indikation und Methoden; Prax Psychother Psychosom 1981, 26: 219 - 27
- 294) Springer-Kremser, M.: Fokussierende Beratung und Behandlung; SM 1, 1982, 16f.

- 295) Stanley, E.: Premature Ejaculation; Brit Med J, 282, 1981, 1521f.
- 296) Studt, H.H. et al.: Probleme der psychosomatischen Diagnostik;
(in: Psychologie des 20. Jahrhunderts (230), 299f.)
- 297) Tausch, R.: Gesprächspsychotherapie; Darmstadt, 1968
- 298) Tordjman, G. et al.: Advances in the Vascular Pathology of Male
Erectile Dysfunction; ASB, Vol 9, No 5, 1980, 391f.
- 299) Tullman, G.M. et al.: The Pre- and Post-Therapy Measurement of
Communication Skills of Couples Undergoing Sex Therapy at the
Masters/Johnson Institute; ASB, Vol 10, No 2, 1981, 95f.
- 300) Vandereycken, W.: Paradoxical Strategies in a Blocked Sex Therapy;
Am J Psychother, 1982 Jan, 36(1): 103 - 8
- 301) Vignoli, G.C.: Premature Ejaculation: a New Electrophysiologic
Approach; Urology, Jan 1978, Vol XI, No 1, 81f.
- 302) Vogel, P.G.: Erektionschwäche nach Machtverlust;
SM, 10, 1977, 843f.
- 303) Vogt, H.J.: Anorgasmie des Mannes; SM 3, 1974, 116f,
- 304) Vogt, H.J. et al.: Organisch bedingte Erektionsstörungen;
(in: PSM (225 b), 153f.)
- 305) Vogt, H.J.: Medikamentöse und operative Therapie bei Erektions-
störungen; (in: PSM, (225 b), 165f.)
- 306) Vogt, H.J.: Organisch bedingte Potenzstörungen;
MMW 122, 1980, Nr 15, 543f.
- 307) Vogt, R.: Psychoanalytischer Ansatz; (in: Psychologie des 20.
Jahrhunderts (230), 94f.)
- 308) Voss, J.: Sex Education: Evaluation and Recommendations for Future
Study; ASB, Vol 9, No 1, 1980, 37f.
- 309) Wagenknecht, L.V.: Penisprothesen bei erektiler Impotenz;
Andrologia 12 (4): 307 - 16, 1980
- 310) Waggoner, R.W. et al.: Training Dual Sex Teams for Rapid Treatment
of Sexual Dysfunction: A Pilot Program; (in: LoPiccolo (167), 499f.)
- 311) Wagner, G.: Impotence (Erectile Dysfunction) Due to Vascular
Disorders. An Overview; JSMT, Vol 6, No 4, 1980, 223f.

- 312) Wagner, G./Green, R.: Impotence - Physiological, Psychological, Surgical Diagnosis and Treatment; New York, 1981
- 313) Walen, S.: Cognitive Factors in Sexual Behavior; JSMT, Vol 6, No 2, 1980, 87f.
- 314) Walker, H.E.: Sexual Problems and Infertility; Psychosomatics; Aug 1978, Vol 19, No 8
- 315) Wasserman, M.D.: The Differential Diagnosis of Impotence; JAMA, Vol 243, 1980, No 20, 2038f.
- 316) Wasserman, M.D, et al.: Theoretical and Technical Problems in the Measurement of Nocturnal Penile Tumescence for the Differential Diagnosis of Impotence; Psychosom Med, Vol 42 (6), 1980, 375f.
- 317) Weideman, C.L. et al.: Endocrine Aspects of Impotence; Urol Clin North Am, Vol 8, No 1, Feb 1981
- 318) Wein, A.J. et al.: Expansion without Significant Rigidity During Nocturnal Penile Tumescence Testing: a Potential Source of Misinterpretation; J Urol, 1981 Sep, 126(3), 343 - 4
- 319) Werthmann, H.V.: Gesprächspsychotherapie nach Rogers/Verhaltenstherapie; Ztschr Psychosom Med Psychoana (25) 1979, 3, 310f.
- 320) Wespers, E./Schulman, C.C.: La Phallographie. Nouvelle Methode de Pletysmographie Penienne pour la Diagnostic de l'Impuissance; Acta Urol Belg, 1981, 49(4), 502 - 5
- 321) Whitehead, A, et al.: Attitude Change during Behavioral Treatment of Sexual Inadequacy; Br J Soc Clin Psychol 1977, 16, 275f.
- 322) Williams, W.: Secondary Premature Ejaculation due to Semen Sensitivity; Aust NZ J Psychiatr 1980, 14(3), 217 - 8
- 323) Wolf, P.: Primäre erektile Impotenz; SM 6, 1981, 215f.
- 324) Wolpe, J./Lazarus, A.: Behavior Therapy Techniques; New York, 1966
- 325) Woods, S.M.: Training Ärztlicher Qualität; Theorie und Praxis der sex education in den USA; SM 12, 1977, 1008f.
- 326) Woods, S.M.: Sex Education in Medical Schools; (In: Money (202), S.1107)
- 327) Wright, J./Perreault, R.: The Treatment of Sexual Dysfunction; Arch Gen Psychiatr, Vol 34, 1977, 881f.

- 328) Yulis, S.: Generalization of Therapeutic Gain in the Treatment of Premature Ejaculation; Behav Ther 7, 1976, 355f.
- 329) Zeiss, R.A. et al.: Treatment of Premature Ejaculation Through Male-only Groups; JSMT, Vol 4, No 2, 1978, 139f.
- 330) Zilbergeld, B.: Group Treatment of Sexual Dysfunction in Men without Partners; JSMT, Vol 1, No 3, 1975, 204f.
- 331) Zilbergeld, B.: Male Sexuality; Boston, 1978
- 332) Zilbergeld, B.: Social Skills Training as an Adjunct to Sex Therapy; JSMT, Vol 5, No 4, 1979, 340f.
- 333) Zilbergeld, B.: Alternatives to Couples Counseling for Sexual Problems: Group and Individual Therapy; JSMT, Vol 6, No 1, 1980, 3f.
- 334) Zilbergeld, B. et al.: Desire Discrepancies and Arousal Problems in Sex Therapy; (in: Leiblum/Pervin (149), S. 65f.)
- 335) Zilbergeld, B./Evans, M.: The Inadequacy of Masters/Johnson; Psychol Today, Aug 1980, 29f.

LEBENS LAUF

Michael Welschehold, geboren am 23. Feb. 1955 in Lüdenscheid

Eltern :	Helmut Welschehold Ingeborg Welschehold, geb. Hertmanni
Schulbildung :	1961 - 1965 Grundschule 1965 - 1971 Gymnasium 1971 - 1972 einjähriger Aufenthalt als Austausch- schüler in den USA 1972 - 1973 Gymnasium und Abitur
Wartezeit :	1973 - 1977 in dieser Zeit Tätigkeit zunächst als Medientutor am Gymnasium, dann als Kran- kenpflegehelfer in verschiedenen Kranken- häusern; Auslandsaufenthalte
Medizinstudium :	1977 Beginn an der Universität Köln 1979 nach Bestehen des Physikums Wechsel zur LMU München; dort Weiterführung des Studiums bis zum 22. Mai 1984 Erhalt der Approbation

